UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO

MICHELLINE SANTOS DE FRANÇA

VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM REDE SOCIAL DE APOIO INEFICAZ

Recife
2020

MICHELLINE SANTOS DE FRANÇA

VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM REDE SOCIAL DE APOIO INEFICAZ

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Educação em Saúde
Linha de Pesquisa: Saúde da Família nos Cenários do Cuidado de Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Cleide Maria Pontes
Coorientadora: Profa. Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares

Recife
2020

Catalogação na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa- CRB4-1010

F814v França, Michelline Santos de.
Validação do diagnóstico de enfermagem rede social de apoio ineficaz / Michelline Santos de França. – 2020.
234 f.: il.; tab.; quad.; 30 cm.

Orientadora: Cleide Maria Pontes.
Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife, 2020.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Rede social. 2. Apoio social. 3. Diagnóstico de enfermagem. 4. Aleitamento materno. 5. Educação em Saúde. I. Pontes, Cleide Maria (Orientadora). II. Título.

618.92 CDD (20.ed.) UFPE (CCS2021-022)

MICHELLINE SANTOS DE FRANÇA

VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM REDE SOCIAL DE APOIO INEFICAZ

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Tese aprovada em: 20/02/2020

BANCA EXAMINADORA

_____

Profa. Dra. Cleide Maria Pontes (Presidente)
Universidade Federal de Pernambuco

_____

Profa. Dra. Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

_____

Profa. Dra. Luciana Pedrosa Leal (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

_____

Profa. Dra. Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Morais (Examinadora interna)
Universidade Federal de Pernambuco

_____

Profa. Dra. Suzana de Oliveira Mangueira (Examinadora interna)
Universidade Federal de Pernambuco

_____

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes (Examinador externo)
Universidade Federal do Ceará

_____

Profa. Dra. Santana de Maria Alves de Sousa (Examinadora Externa)
Universidade Federal do Maranhão

2020

Aos meus pais Manoel e Elizabete, com amor, admiração e gratidão.

AGRADECIMENTOS

A Deus e Nossa Senhora, por serem meu sustento e fortaleza.

Aos meus irmãos, Marylinda, Maryvania e Ozair. Nós sempre teremos um ao outro.

Ao meu esposo Thiago, pelo incentivo constante, parceria irrestrita e compreensão nas minhas ausências.

A minha orientadora Profa. Dra. Cleide Pontes, pela dedicação a este trabalho e compromisso com a excelência em tudo o que faz. Obrigada por acreditar em mim!

A minha coorientadora Profa. Dra. Márcia Linhares, com sua experiência em diagnósticos de enfermagem trouxe importantes contribuições. Por transmitir tranquilidade e perseverança.

Ao Prof. Dr. Marcos Lopes, pela participação desde a concepção deste trabalho. É uma honra ter a contribuição direta do meu referencial teórico-metodológico em pessoa!

Aos professores do PPGEnfermagem da UFPE, por contribuírem com minha formação.

Aos professores participantes das bancas de qualificação e defesa – Profa. Cecília Frazão, Profa. Jaqueline Perrelli, Profa. Luciana Leal, Prof. Marcos Lopes, Profa. Santana Sousa, Profa. Sheila Coelho, Profa. Suzana Mangueira, Profa. Tatiane Guedes — pelas relevantes contribuições para o aprimoramento desta tese.

As mulheres nutrizes, que gentilmente compartilharam suas vivências e contribuíram com esse estudo.

Aos enfermeiros que participaram como juízes e dedicaram seu tempo à validação do conteúdo desse diagnóstico. Suas contribuições foram de grande relevância.

As amigas da turma 03 do doutorado, e aos eternos amigos da turma 04 do mestrado. Compartilhamos um sonho, acompanhamos a caminhada, dividimos o fardo e as angústias, multiplicamos a esperança, celebramos a vitória!

Aos amigos do Grupo de pesquisa Enfermagem na saúde da mulher no contexto da família. Compartilhando nossos sonhos e aflições, a caminhada fica mais leve.

Aos amigos docentes do IFPE, pelo apoio e compreensão nas minhas ausências para dedicação ao doutorado.

Aos servidores do PPGEnfermagem Camila, Glivson e Beatriz, pela disponibilidade e desvelo em atender as minhas demandas.

É uma imensa satisfação apresentar aqui o resultado desses anos de trabalho em que tive o apoio de todos vocês. Que Deus os abençoe! Gratidão!

RESUMO

Rede social é o conjunto de seres com os quais a pessoa constitui relações significativas, que podem repercutir sobre sua vida positiva e/ou negativamente. A Enfermagem cuida do ser humano, família e comunidade. Assim, a problemática das interações nas redes interessa aos enfermeiros para assistência com qualidade, focada nas estratégias de educação em saúde. Este estudo objetiva validar o diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Estudo metodológico para validação de diagnóstico, no qual foram executadas três etapas: construção teórica; validação do conteúdo; validação clínica. Na primeira etapa, a Teoria de Médio Alcance Ineficácia da rede social de apoio, baseada no arcabouço teórico de Lopes, Silva e Herdman, possibilitou identificação e compreensão, numa perspectiva causal, de antecedentes e consequentes do diagnóstico, e elaboração das definições conceituais e operacionais. Os conceitos da teoria foram organizados conforme estrutura taxonômica NANDA-I e validados por 23 juízes com níveis de proficiência entre novato e expert, com análise do Índice de Validade de Conteúdo fundamentado na abordagem da sabedoria coletiva. A validação clínica ocorreu com 285 mulheres/nutrizes, e utilizou análise de classes latentes sensibilidade e especificidade dos indicadores clínicos, e modelagem hierárquica dos fatores etiológicos. Os preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram seguidos. A teoria apresentou fatores etiológicos e indicadores clínicos para ineficácia da rede social, vinculando situações referentes à própria pessoa, aos membros desta rede, à configuração desta rede, e situações externas. O pictograma representou simbolicamente a classificação hierárquica dos antecedentes proximais, intermediários e distais, e sua relação com os consequentes. Na validação do conteúdo diagnóstico, 27 fatores etiológicos e 19 indicadores clínicos, tiveram seu conteúdo validado. O título inicialmente proposto foi mantido, e a definição modificada conforme recomendações. Os juízes indicaram que o diagnóstico com foco no problema deve ser inserido no domínio 7 Papéis e relacionamentos, e classe 3 Desempenho de papéis, na taxonomia II da NANDA-I. Na etapa da validação clínica, os indicadores clínicos Atitudes de culpabilização, Preconceito, Apoio emocional diminuído, Apoio oferecido diferente do apoio esperado, Negligência às demandas de apoio, e Perda de confidencialidade tiveram sua validade atestada por níveis adequados de sensibilidade e especificidade. Os fatores etiológicos: Rede social de tamanho menor, Falta de reconhecimento do apoio oferecido; Desconfiança da competência do outro; Restrição da atuação de membros da rede social, e Falta de sociabilidade; a condição associada: Laços desfeitos; e a população em risco: Diferenças culturais, demonstraram-se como preditores do

diagnóstico. A hipótese foi confirmada. A estrutura diagnóstica construída para elucidar o fenômeno de enfermagem a partir da Teoria de médio alcance Ineficácia da rede social de apoio teve seu conteúdo validado por juízes, e foi validada clinicamente em amostra de mulheres/nutrizes. Na taxonomia NANDA-I, o diagnóstico Rede social de apoio ineficaz contém seis características definidoras, três fatores relacionados, três condições associadas e uma população em risco. A validação seguiu parâmetros metodológicos adequados que propiciam sua inclusão na taxonomia NANDA-I e uso internacional por enfermeiros de diversas clínicas, direcionando ações de educação em saúde, a prática assistencial e de pesquisa.

Palavras-chave: Rede Social. Apoio Social. Diagnóstico de Enfermagem. Aleitamento Materno. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Social network is the group of people that the person has significant relationship, which could influence the life in a good or bad way. Nursing take care person, family and the community. Thus, the problem of networks' interactions interest to nursering, for quality care, focused on health education strategies. This study purpose is to validate the nursing diagnosis Ineffective social support network. In the development of the thesis, three steps were performed: theoretical construction; content validation; clinical validation. At first, the Middle Range Theory Ineffectiveness of the social support network, based on the theoretical framework of Lopes, Silva and Herdman, enabled identification and understanding, from a causal perspective, of diagnosis antecedents and consequences, and elaboration of conceptual and operational definitions. The theory concepts were organized according to the NANDA-I taxonomic structure and validated by 23 judges, with proficiency levels between novices to expert, considering Validly Content Index analysis, based on the collective wisdom approach. Clinical validation occurred with 285 women/nursing mothers, and has used latent class analysis. Sensitivity and specificity of the clinical indicators were evaluated, as well as hierarchical modeling of etiological factors. Ethical precepts in research were followed. The theory presented etiological factors and clinical indicators for the ineffectiveness of social support network, linking situations related to the person himself, the members of this network, the configuration of this network, and external situations. The pictogram symbolically represented the hierarchical classification of the proximal, intermediate and distal antecedents, and their relationship with the consequent ones. In the validation of the diagnostic content, 27 etiological factors and 19 clinical indicators were validated. The title initially proposed was maintained, and the definition was modified according to recommendations. The judges indicated that the diagnosis focused on the problem should be inserted in the domain 7 Roles and relationships, and class 3 Role performance, in NANDA-I taxonomy II. In the clinical validation stage, the clinical indicators Attitudes of blame, Prejudice, Decreased emotional support, Support offered different from the expected support, Neglect to support demands, and Loss of confidentiality had their validity attested by adequate levels of sensitivity and specificity. The etiological factors Social network of smaller size, Lack of recognition of the support offered; Mistrust of the competence of the other; Restricting the performance of members of the social network and sociability lack. The associated conditions: broken ties and lack of sociability; and the population at risk Cultural differences have been shown to predict the diagnosis. The hypothesis has been confirmed. The diagnostic structure built to

elucidate the nursing phenomenon from the middle-range theory. The ineffectiveness of the social support network had its content validated by judges, and was clinically validated in a sample of women/nursing mothers. In the NANDA-I taxonomy, the diagnosis Ineffective social support network contains six defining characteristics, three related factors, three associated conditions and a population at risk. The validation followed appropriate methodological parameters that favor its inclusion in the NANDA-I taxonomy and international use by nurses from different clinics, which can subsidize health education actions, assistance and research.

Keywords: Social Networking. Social Support. Nursing Diagnosis. Breast Feeding. Health Education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma do método percorrido para construção do diagnóstico de Enfermagem Rede social de apoio ineficaz 52

Quadro 1 – Descritores utilizados na revisão integrativa da literatura 55

Figura 2 – Mapa mínimo de rede proposto por Sluzki (1997) 58

Quadro 2 – Parâmetros para classificação dos juízes quanto ao nível de expertise de Benner, Tanner e Chesla (2009) 63

Figura 3 – Modelo hierárquico da Rede social de apoio ineficaz 68

Quadro 3 – Definições dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. 71

Quadro 4 – Definições dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. 82

Quadro 5 – Agrupamento dos Indicadores clínicos nos grupos temáticos para representação no diagrama pictórico 95

Quadro 6 – Agrupamento dos Fatores Etiológicos nos grupos temáticos em ordem hierárquica para representação no diagrama pictórico..... 96

Figura 4 – Diagrama pictórico da teoria de médio alcance Ineficácia da rede social de apoio..... 98

Quadro 7 – Título e definições conceitual e operacional dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz antes e após sugestões dos juízes. 110

Quadro 8 – Título e definições conceituais e operacionais dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz antes e após sugestões dos juízes..... 118

Quadro 9 – Estrutura do diagnóstico Rede Social de apoio ineficaz de acordo com a classificação NANDA-I 2018-2020..... 135

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequência da identificação dos fatores etiológicos da Rede social de apoio nos estudos da revisão integrativa da literatura 91

Tabela 2 – Frequência dos fatores etiológicos de cada dimensão da Rede social de apoio ineficaz encontrados na revisão integrativa da literatura 92

Tabela 3 – Frequências dos indicadores clínicos da Rede social de apoio ineficaz encontrados na revisão integrativa da literatura 94

Tabela 4 – Caracterização dos juízes da validação do conteúdo diagnóstico Rede social de apoio ineficaz 103

Tabela 5 – Variáveis quantitativas referentes à caracterização dos juízes da Validação do conteúdo do diagnóstico Rede social de apoio ineficaz 104

Tabela 6 – Análise da adequação das definições do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz..... 105

Tabela 7 – Análise do domínio e classe do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz na taxonomia II da NANDA-I 105

Tabela 8 – Validade dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz 106

Tabela 9 – Validade dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz 107

Tabela 10 – Características socioeconômicas das mulheres/nutrizes participantes do estudo. Recife-PE, 2019 125

Tabela 11 – Variáveis quantitativas da caracterização das mulheres/nutrizes participantes do estudo 126

Tabela 12 – Características maternas, da assistência durante o período gestacional e da amamentação do filho atual 126

Tabela 13 – Frequência dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz 128

Tabela 14 – Frequência dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz 129

Tabela 15 – Modelo de classe latente para os indicadores clínicos válidos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz 131

Tabela 16 – Probabilidades posteriores da presença ou ausência do diagnóstico Rede social de apoio ineficaz de acordo com a presença (1) ou ausência

(0) dos indicadores clínicos em conjunto 131
Tabela 17 – Fatores etiológicos ao diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz 134

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CASP	*Critical Appraisal Skills Programme*
DDC	*Diagnosis Development Comittee*
DS	Distrito Sanitário
ESF	Equipe de Saúde da Família
GP	Grupo de Pesquisa
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
MeSH	*Medical Subject Headings*
NANDA-I	*NANDA International, Inc*
OMS	Organização Mundial da Saúde
RSAI	Rede Social de Apoio Ineficaz
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMA	Teoria de Médio Alcance
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 16
2 HIPÓTESE 24
3 OBJETIVOS 25
3.1 Geral 25
3.2 Específicos 25
4 REVISÃO DA LITERATURA 26
4.1 Teorias: alicerce para aprofundamento dos fenômenos da Enfermagem 26
4.2 Teoria da Rede Social aplicada à prática do enfermeiro 31
4.3 Educação em saúde e o cuidar na Rede social 38
4.4 Diagnósticos de Enfermagem na prática profissional do enfermeiro 43
5 MÉTODO 52
5.1 Tipo de estudo 52
5.2 PRIMEIRA FASE - Construção da teoria de médio alcance Ineficácia da rede social de apoio 52
5.3 SEGUNDA FASE - Análise do conteúdo diagnóstico por juízes 59
5.3.1 Seleção dos juízes 60
5.3.2 Instrumento para coleta de dados 61
5.3.3 Procedimento para coleta de dados 61
5.3.4 Análise dos dados 62
5.4 TERCEIRA FASE - Validação clínica 63
5.4.1 Local do estudo 63
5.4.2 População e amostra 64
5.4.3 Instrumento de coleta de dados 65
5.4.4 Procedimento de coleta de dados 65
5.4.5 Análise dos dados 66
5.5 Aspectos éticos 68
6 RESULTADOS 69
6.1 Teoria de Médio Alcance 69
6.2 Análise do conteúdo diagnóstico por juízes 102
6.3 Validação clínica 125
6.4 Apresentação da estrutura diagnóstica na classificação vigente da NANDA-I 135

7 DISCUSSÃO 136
8 CONCLUSÃO 154
REFERÊNCIAS 157
APÊNDICE A – PROTOCOLO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA 173
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - REVISÃO INTEGRATIVA 174
APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO..... 176
APÊNDICE D –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – JUÍZES 202
APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – VALIDAÇÃO CLÍNICA..... 205
APÊNDICE F –TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE) 211
APÊNDICE G –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – MULHERES 213
APÊNDICE H –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RESPONSÁVEL LEGAL) 215
APÊNDICE I - PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS – VALIDAÇÃO CLÍNICA 217
ANEXO A – APROVAÇÃO DO ESTUDO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA...... 229
ANEXO B - ANUÊNCIA DA PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE .. 234

1 INTRODUÇÃO

A rede social de uma pessoa é um conjunto de seres com os quais ela interage com regularidade, cujas relações são significativas quando comparadas com as estabelecidas com o restante da sociedade (SLUZKI, 1997). As redes sociais podem ser divididas em duas categorias – primária e secundária. As primárias são as que conferem ao ser humano sua identidade e sentimento de pertencer, sendo representadas por laços de família, amizade, parentesco, vizinhança e trabalho. Quanto às redes sociais secundárias, existem as formais e as informais. As redes formais englobam os laços instituídos entre instituições do poder público, organizações formais do terceiro setor e de mercado; as informais são constituídas por relações estabelecidas com a finalidade de atender a uma necessidade imediata (SANICOLA, 2015).

Os resultados das interações da pessoa com a sua rede social têm o potencial de repercutir sobre sua vida de maneira positiva e/ou negativa. Essas relações podem ser apreendidas pelo seu caráter circular, nas quais todos os envolvidos interagem, e potencializa-se a capacidade de gerar saúde ou agravar doenças (SLUZKI, 1997). Essa mutualidade da interação social faz com que a rede social afete a saúde do indivíduo, e que esta também afete a rede social. A saúde pode influenciar na rede social devido ao efeito interpessoal aversivo das doenças, que por sua vez pode levar a uma diminuição da oportunidade de interação social e da reciprocidade das relações – o que compromete a estrutura e funções da rede (SLUZKI, 1997; SANICOLA, 2015).

Em meio às funções da rede social, ressalta-se o fornecimento de apoio social, que pode ser entendido como o intercâmbio de recursos entre pelo menos duas pessoas, percebido pelo provedor e receptor como recurso para melhora do bem estar (SHUMAKER; BROWNELL, 1984; SANICOLA, 2015). Este apoio é distinguido conceitualmente em: apoio emocional, com demonstrações de carinho, empatia, valorização e encorajamento; instrumental, que representa a ajuda prática; informativo, por meio de conselhos e direcionamentos; presencial, na disponibilidade de passar tempo de qualidade com a pessoa, proporcionam o sentimento de pertencer; e autoapoio, apoio da pessoa para consigo mesma (SOUSA; FRACOLLI; ZOBOLI, 2013). Por esses apoios, a rede manifesta a sua capacidade de provocar resultados positivos ou negativos.

A rede social pode interferir na saúde da pessoa, pois ela é um ser social, e a presença empática de entes familiares reduz os níveis de estresse em situações de alerta frente ao

desconhecido/nocivo. As relações sociais oportunizam o sentido à vida humana, no aspecto de servir ao outro e, portanto, leva a prática de cuidar de si para continuar tendo essa serventia. Uma rede social ativa proporciona monitoramento dos desvios de saúde, além de favorecer atividades pessoais saudáveis (SLUZKI, 1997).

Quando essa interferência é positiva, a rede social pode tornar mais eficaz a resolução e mediação de problemas (LANDIM, 2006), como por exemplo, ao proporcionar ajuda emocional e material no momento de transições familiares devido ao nascimento de filhos (JUSSANI; SERAFIM; MARCON, 2007) e no fortalecimento da unidade familiar em prol da busca de cuidado a um parente doente (HAYAKAWA *et al*., 2010). Já as redes sociais que têm repercussões negativas são aquelas que reforçam a situação de doença e afastam o indivíduo da rede ao deteriorar a qualidade das interações sociais. As ações dessas redes maléficas ou círculos viciosos podem vir a reduzir a capacidade da pessoa em acessar serviços de busca de saúde (SLUZKI, 1997).

Essa problematicidade das redes sociais pode advir de uma estrutura restrita, formada por laços pouco densos e desorganizados, de modo que sua função de apoio não é adequadamente provida devido ao desinteresse dos seus membros em assumir responsabilidades inerentes ao problema surgido. Nesses casos, comuns em situações de famílias com fragilidade relacional, as pessoas são incapazes de compartilhar necessidades e de buscar uma solução em conjunto (SANICOLA, 2015).

O reconhecimento dessa dualidade das relações sociais, que podem prestar apoio adequado ou não, ser um círculo virtuoso ou vicioso, faz com que se atente à identificação e a consideração do papel da rede social na vida das pessoas. Essas redes são compreendidas em dois aspectos: a quantidade e a extensão das relações sociais ou atividades sociais; a qualidade e adequação destas relações, sendo esta a que apresenta relação mais forte com os eventos de saúde (WALLSTON *et al*., 1983) nas mais diversas populações e processos do ciclo vital.

Exemplo das pessoas que vivenciam situações que necessitam da articulação da rede para atendimento de suas necessidades são as mulheres obesas. Essas identificam como fatores predisponentes para a ineficácia da sua rede social o fornecimento de apoio que não corresponde às suas necessidades, e a interferência na sua autoeficácia, por meio de atitudes que as levem a acreditar que não tem capacidade de alcançar seu peso ideal. Ademais, outros membros também obesos de sua rede desencorajam-na a controlar seu peso (ZWICKERT; RIEGER, 2014).

Características da rede social de apoio ineficaz estão distribuídas nas dimensões estrutural, funcional e dinâmica. A dimensão estrutural é afetada por fatores referentes a

amplitude e densidade da rede, bem como fragilidade dos laços; a dimensão funcional tem sua ineficácia atestada por situações de não oferta e não concretização do apoio social; na dinâmica, as situações imprevistas e também as conflituosas geram rearranjos na rede que podem ter influência negativa (FRANÇA *et al*., 2018).

No contexto da dimensão funcional da rede, a literatura evidencia o exemplo de grávidas com deficiência intelectual e de desenvolvimento — condição caracterizada por funcionamento intelectual inferior à média e limitações adaptativas — normalmente recebem dos integrantes de sua rede social pouco apoio emocional e presencial durante a gravidez, provavelmente devido a estereótipos que levam a reações negativas das pessoas frente a gravidez nessa população. Nesses casos, a rede social não oferta o apoio desejado por essas gestantes de forma acessível, com afirmações positivas que oportunizam a autonomia. Elas recebem informações complexas dos profissionais da saúde, as quais potencializam atitudes estigmatizantes (POTVIN; BROWN; COBIGO, 2016).

As mulheres que vivenciam a amamentação também podem experimentar os transtornos de uma rede social ineficaz, uma vez que a existência da rede por si só não garante bons resultados de saúde. Os atores dessa rede nem sempre estão aptos e dispostos a prestar o apoio que elas necessitam e, algumas vezes, esse apoio não proporciona o efeito esperado. Como exemplo, o apoio informativo fornecido pela rede social secundária foi determinante para o desmame precoce (MONTE, 2012). Tal fato pode levar a concluir que as informações dos profissionais da saúde – representantes da rede secundária – podem ter sido repassadas de forma verticalizada sem uma metodologia transformadora de atitudes, o que levou a cessação da amamentação, resultado contrário ao que se preconiza nos serviços de saúde.

A Enfermagem, enquanto profissão cujo objeto de trabalho é o cuidado, deve estar atenta aos mais diversos aspectos que nele possam interferir positiva ou negativa. Um desses aspectos é a rede social das pessoas, que, se o apoio for eficaz, pode fomentar a promoção da saúde, na qual os próprios indivíduos se reconhecem como responsáveis pela busca do seu bem-estar (TEIXEIRA *et al.*, 2014).

No processo de cuidar em Enfermagem as relações se estabelecem. O enfermeiro aplica o raciocínio clínico para identificar as necessidades dos clientes de forma holística, na qual eles são percebidos em sua totalidade — corpo, mente e espírito — como seres sociais, integrantes de uma rede de contatos interpessoais que podem colaborar na promoção e manutenção da saúde ou da doença (COSTA; RODRIGUES; PACHECO, 2012; TEIXEIRA *et al.*, 2014). As ações de cuidado do enfermeiro devem envolver também a rede social formada por família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho e lazer.

Como a família costuma ser a primeira experiência relacional das pessoas, é no seio familiar que se constitui grande parte da visão de mundo, identidade social e cultural. Ações de educação em saúde que tenham enfoque não apenas no indivíduo, mas na sua família – rede social primária representada por pessoas significativas para o mesmo – podem ter maior efetividade que as conduzidas de maneira individual. Deste modo, a identificação de ineficácia da rede social das pessoas proporciona aos enfermeiros direcionar a assistência para que se solidifiquem os laços interpessoais e uma cooperação solidária na busca do bem-estar (MACEDO, 2013).

A atuação da enfermagem na educação em saúde no contexto da rede social desdobra-se também no cuidar-ensinar ao cuidador da pessoa, que deve ser inserido nas intervenções para participar de forma ativa no aprendizado das atividades necessárias. Desta forma, pode ser construída uma aprendizagem significativa e focada nas necessidades, com o devido incentivo ao cuidado afetivo, desenvolvido no seio da rede social (MORAES; CABRAL, 2012).

Nessa perspectiva, a interação dos indivíduos com sua rede social, bem como a existência e eficácia do apoio prestado pelos atores de sua rede são conceitos e aspectos relevantes para a Enfermagem (HERDMAN; KAMITSURU, 2018), e devem ser também objeto de investigação e intervenção por parte do enfermeiro que assiste a pessoa. A rede social ineficaz pode ser entendida como fenômeno de interesse da enfermagem e, por isso, é necessário definir parâmetros para sua identificação acurada.

Compreender como a ineficácia do apoio da rede social se instala e se manifesta na vida das pessoas pressupõe que este fenômeno seja reconhecido como diagnóstico de enfermagem. Assim, faz-se necessário que seja processada a validação. Para tanto, recomenda-se definir elementos etiológicos (antecedentes) e suas características sociais indicativas de ineficácia (consequentes) da rede social.

Os antecedentes do diagnóstico de enfermagem são fatores etiológicos relacionados ao aparecimento da referida condição; os consequentes são indicadores clínicos que o indivíduo apresenta e que podem ser verificados pelos enfermeiros no estabelecimento do diagnóstico (LOPES; SILVA, 2016). Para definir tais elementos, segue-se três fases: análise teórica, que tem o objetivo de identificar atributos, antecedentes e consequentes de um diagnóstico de enfermagem e definir cada um deles conceitual e operacionalmente; análise de conteúdo diagnóstico por juízes, para estimar a proporção de juízes que recomendam a inclusão dos indicadores clínicos e fatores etiológicos, suas definições e a definição construída para o diagnóstico; validação clínica, que consiste na verificação da acurácia dos indicadores

clínicos como preconizado no estudo de Lopes e Silva (2016) e também na modelagem hierárquica dos fatores etiológicos do diagnóstico em uma amostra de indivíduos.

No desenvolvimento do processo de validação diagnóstica da Rede social de apoio ineficaz, se faz necessária uma ampla revisão da literatura sobre a temática, que possibilita o levantamento de como essa rede apresenta-se descrita na literatura, seus possíveis indicadores clínicos e fatores etiológicos. Para tanto, a análise de conceito tem sido o método mais comumente adotado para geração de diagnósticos de enfermagem, por possibilitar o exame dos conceitos em sua estrutura interna, representatividade e relacionamento com os demais conceitos, e promover o seu entendimento (McEWEN; WILLS, 2015).

Contudo, tem sido recomendada a construção de Teorias de Médio Alcance (TMA), as quais possibilitam a correlação entre teoria-pesquisa-prática (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2017). Estas são recursos na geração de conhecimentos para a prática, que propiciam uma ponte entre teoria e pesquisa, com vistas a desenvolver a prática com alto nível de qualidade. A TMA fornece os principais conceitos e as relações entre eles, que podem ser traduzidos em variáveis mensuráveis para serem testadas em pesquisas (ROY, 2013), como por exemplo, as direcionadas a validar diagnósticos de enfermagem.

As Teorias de Médio Alcance são formadas por um número reduzido de conceitos discretos e observáveis relacionados entre si (McEWEN; WILLS, 2015). E as interações entre esses conceitos permitem estabelecer relações causais, as quais determinam que uma mudança no valor de uma variável está associada a uma alteração no valor de outra variável ou conceito. No caso das relações sociais, a perspectiva da causalidade deve ser melhor estudada, pois a maioria das pesquisas relatam os efeitos do apoio social, mas desconsideram a questão do impacto do estado de saúde na forma como as pessoas procuram e recebem apoio, bem como o desequilíbrio na reciprocidade das relações e os conflitos existentes (PETERSON; BREDOW, 2009).

Uma TMA preditiva tem o potencial de delinear conexões precisas entre conceitos, descrever de forma consistente os resultados futuros, e incluir declarações de relação causal (McEWEN; WILLS, 2015). A TMA possibilita o embasamento teórico necessário para o estabelecimento de interconexões entre os fatores etiológicos e indicadores clínicos, que, além do apoio na determinação do diagnóstico, servirão como guia para o planejamento de intervenções de enfermagem e classificação dos resultados (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2017).

Os indicadores clínicos e fatores etiológicos emergidos da TMA devem ser submetidos à validação de conteúdo por juízes sobre a relevância, clareza e precisão dos

conceitos do diagnóstico em estudo. Já na validação clínica do diagnóstico, representantes da população potencialmente acometida pelo diagnóstico — por exemplo, mulheres que vivenciam a amamentação — são investigados quanto à presença ou ausência de cada indicador clínico e fator etiológico baseando-se nas definições conceituais e operacionais construídas na fase teórica, para verificação da acurácia dos indicadores clínicos e de quais fatores etiológicos estão relacionados ao surgimento do diagnóstico (LOPES; SILVA, 2016).

Todo o processo de construção e validação de diagnóstico deve ser guiado por uma linguagem padronizada, que possibilite a Enfermagem descrever o seu corpo de conhecimento próprio e suas ações em relação ao conhecimento produzido. Para tanto, ao tratar respostas humanas a problemas de saúde/ou processos de vida, os enfermeiros dispõem de linguagens padronizadas na forma de classificações e taxonomias. Em particular a taxonomia da NANDA Internacional (NANDA-I) é uma das mais conhecidas e utilizadas pelos enfermeiros (MARIN, 2009) para aprimoramento da assistência, pelo trabalho dessa organização de desenvolver, aperfeiçoar e promover terminologia que reflita o julgamento clínico dos enfermeiros.

Essa taxonomia possui, na classificação 2018-2020, 244 diagnósticos de enfermagem, agrupados em 13 domínios e 47 classes. Cada domínio representa uma esfera de conhecimento – promoção da saúde; nutrição; eliminação e troca; atividade/repouso; percepção/cognição; auto percepção; papéis e relacionamentos; sexualidade; enfrentamento/tolerância ao estresse; princípios da vida; segurança/proteção; conforto; crescimento/desenvolvimento –, e estes são divididos em classes nas quais os diagnósticos com características comuns são agrupados. Nessa taxonomia, os diagnósticos de enfermagem são classificados em três tipos: com foco no problema, de risco ou de promoção da saúde (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Na atual classificação taxonômica da NANDA-I são contemplados no domínio “Papéis e relacionamentos” nas classes “Relações familiares” e “Desempenho de papéis”, alguns diagnósticos que se referem às associações entre pessoas (HERDMAN; KAMITSURU, 2018), porém, ainda não existe nessa taxonomia um diagnóstico voltado à rede social em sua amplitude de contatos interpessoais.

Neste contexto, evidências científicas afirmam que a função social das pessoas cada vez mais é reconhecida como influenciadora da saúde (SLUZKI, 1997). Portanto, as taxonomias de enfermagem não podem ficar alheias a esse fenômeno. Dos 244 diagnósticos apresentados na versão 2018-2020 da NANDA-I, 17 são novos, o que demonstra o esforço da organização para atualizar os conhecimentos. A inclusão do novo diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz nessa taxonomia reforça a rede social dos indivíduos como

fenômeno de enfermagem, embora ainda não existam na referida taxonomia, diagnósticos com essa nomenclatura.

Pesquisas que levem ao desenvolvimento de novos diagnósticos são importantes para uma padronização da linguagem em enfermagem. O aperfeiçoamento dessa linguagem com base no sistema de classificação da NANDA-I, desenvolvida por estudos de validação, conduz a evidências que contribuem para o fortalecimento da Enfermagem como ciência do cuidado. A existência de um diagnóstico de enfermagem referente à problematicidade das redes sociais das pessoas destaca essa temática e, como consequência, os enfermeiros podem refletir sobre a interferência direta dos atores da rede social nos diversos processos de saúde das pessoas, inclusive na amamentação, portanto, mulheres/nutrizes foram escolhidas como população à qual se validou clinicamente o diagnóstico Rede social de apoio ineficaz.

Em relação aos membros da rede secundária das nutrizes — em especial os profissionais da saúde, em que se destacam os enfermeiros — não são referidos por elas como os mais envolvidos em seu processo de amamentar. Tal fato atesta que as nutrizes ainda não consideram a rede secundária como apoiadora da amamentação, e tentam buscar a ajuda necessária com os integrantes de sua rede primária (ALVES *et al.*, 2020).

Por outro lado, embora as mulheres muitas vezes consigam identificar como integrantes de sua rede social familiares, parentes, amigos, colegas, vizinhos, profissionais da saúde e outros; no processo de amamentação nem sempre estes estiveram presentes como fonte de apoio estabelecendo com elas uma relação de confiança (ALVES *et al.*, 2020).

Esta situação se deve ao fato da influência dos familiares no início e manutenção do aleitamento materno ser moderada por fatores culturais que são transferidos de geração a geração. Por isso, torna-se necessária a atuação da equipe de enfermagem de forma integrada e contínua com atividades que garantam a efetividade das ações de promoção do aleitamento materno (MAZZA *et al.*, 2014).

Assim, no período puerperal, o cuidado de enfermagem pode implementar estratégias para aumentar a quantidade dos contatos interpessoais das mulheres para ampliação de sua rede social e fortalecimento de vínculos que gerem nas puérperas o sentimento de amor, valorização e de pertencer (MARTINS, 2005). Em vista dessa importância, e na impossibilidade operacional de testagem dos indicadores clínicos e fatores relacionados em todos os processos do ciclo vital, a validação clínica do diagnóstico foi direcionada a população de mulheres com vivências na amamentação. Vale salientar que, embora a validação clínica tenha sido centrada nesta população, o diagnóstico Rede social de apoio

ineficaz não é específico e restrito a essa população e pode ser identificado em outros contextos.

O diagnóstico, cuja construção e validação é objeto deste estudo, representa a práxis da Enfermagem em sua essência que é o cuidado ao ser humano, família e comunidade. Portanto, defende-se a tese que a rede social de apoio ineficaz é um fenômeno de Enfermagem, que pode ser diagnosticado com embasamento das características definidoras e os fatores relacionados identificados na teoria de médio alcance Ineficácia da rede social de apoio.

Este diagnóstico sobre rede social proporcionará a base para desenvolvimento de intervenções de enfermagem envolvendo a integração de todos os membros da rede, com vistas a obter resultados esperados fundamentados na autonomia e responsabilidade compartilhada entre os membros da rede. Portanto, este estudo visa responder à seguinte pergunta: Qual a validade do fenômeno de enfermagem “Rede social de apoio ineficaz” a partir da definição, dos fatores etiológicos e dos indicadores clínicos emergidos da teoria de médio alcance, como um diagnóstico de enfermagem?

2 HIPÓTESE

A rede social de apoio ineficaz é um fenômeno de enfermagem que pode ser elucidado pela teoria de médio alcance Ineficácia da rede social de apoio e diagnosticado com base no julgamento clínico dos indicadores clínicos e fatores etiológicos identificados.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Validar o diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz

3.2 Específicos

- Estabelecer uma estrutura teórica constituída pela definição, fatores etiológicos e indicadores clínicos da Rede social de apoio ineficaz;
- Construir definições conceituais e operacionais dos fatores etiológicos e indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz;
- Estabelecer as relações de causalidade entre os fatores etiológicos da Rede social de apoio ineficaz;
- Averiguar a relevância e a pertinência dos elementos da estrutura diagnóstica da Rede social de apoio ineficaz, segundo os juízes;
- Verificar a validade clínica de indicadores clínicos para a identificação do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz em mulheres que vivenciam a amamentação;
- Identificar a prevalência estimada do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz em mulheres/nutrizes;
- Validar os fatores etiológicos ao diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz com o estabelecimento de uma relação hierárquica entre eles.

4 REVISÃO DA LITERATURA

Neste item estão apresentados quatro subitens. O primeiro discorre sobre a importância das teorias para o aprimoramento da prática da enfermagem, e para sua consolidação como ciência do cuidar. O segundo faz uma interligação da atuação do enfermeiro com a teoria de Rede Social de Lia Sanicola (2015). No terceiro são retratadas considerações sobre a educação em saúde como estratégia para o cuidado na rede social, em que o enfermeiro se insere para desenvolver ações de cuidar-educar. E no quarto são abordados os diagnósticos de enfermagem na perspectiva de seu histórico, importância para o processo de enfermagem direcionado a uma assistência de qualidade, e processos de validação diagnóstica.

4.1 Teorias: alicerce para aprofundamento dos fenômenos da Enfermagem

O enfermeiro como profissional deve estar atento a todas as demandas dos clientes, família e comunidade, o que exige do mesmo diversas competências relacionadas à prática baseada em evidência, fundamentada na premissa que os profissionais da saúde não devem realizar sua prática alicerçada em crenças tradicionais, mas na informação oriunda de pesquisas com rigor científico, principalmente os ensaios clínicos randomizados e metanálises (MELNYK; F-OVERHOLT, 2011).

No entanto, essa prática baseada nas evidências mais atuais, publicadas em periódicos de destaque tem se sobreposto a importância da prática de enfermagem baseada na teoria, ou na associação teoria e pesquisa (HANNA, 2016). Nestes casos, preconiza-se a primazia das pesquisas clínicas randomizadas como única fonte de evidência, num discurso medicamente dominado, numa perspectiva ateórica que amplia a lacuna entre teoria e prática (WALKER; REDMAN, 1999).

Tal fato pode ser constatado ao inquirir estudantes e profissionais da enfermagem sobre teoria. Muitas respostas podem ser negativas, com narrativas de pouco valor prático das teorias e dificuldades de associá-las às ações de cuidado (McEWEN; WILLS, 2015). Para Myra Levine, teórica pioneira da enfermagem, o início das postulações teóricas nessa disciplina foi “tristemente inadequado”. Cada nova teoria proposta apresentava outros conceitos centrais, declarações relacionais e metas para a enfermagem, que eram

posteriormente criticados, deixando os enfermeiros confusos. Na verdade, para uma teoria ser considerada boa, deveria ser de difícil compreensão (LEVINE, 1973).

Em seu trabalho de desenvolvimento dos quatro padrões fundamentais do conhecimento da enfermagem — empirismo, ética, pessoal e estética — Carper (1978) estabelece o conhecimento adquirido na prática equivalente em importância ao saber científico (STEIN *et al.*, 1998). Empirismo é a ciência da enfermagem, com descrições, explicações ou previsões de dados objetivos ou subjetivos verificáveis; ética são as obrigações morais, valores morais e não-morais e as finalidades desejadas; pessoal representa o processo de expressões autênticas do relacionamento interpessoal entre enfermeiro e paciente; estética se refere à percepção do enfermeiro do que é significativo individualmente ao paciente — a arte de cuidar (CARPER, 1978).

As teorias e concepções exclusivas distinguem uma disciplina das demais, esclarecendo os pressupostos, natureza e finalidade compartilhados por seus integrantes. O desenvolvimento e uso de teorias próprias é determinante para o fortalecimento da Enfermagem como ciência, garantindo aos enfermeiros autonomia fundamentada para as suas ações. As teorias de enfermagem vão além da sistematização de procedimentos, são conceitos, modelos e proposições que levam a reflexão da prática e ao agir coerente em seus objetivos. Com isto, a enfermagem abandona a tendência histórica de buscar bases em outras ciências para fundamentar sua prática, consolidando sua cientificidade (HICKMAN, 2000; LIMA *et al.*, 2014; McEWEN; WILLS, 2015).

No período anterior ao advento das teorias, a enfermagem era subordinada à medicina, tendo suas ações prescritas por outros profissionais. Estas atividades eram tarefas ritualísticas e repetitivas, com pouca associação justificável. Assim, os primeiros teóricos buscavam esclarecer os domínios intelectuais complexos que distinguem a Enfermagem da simples realização de tarefas. Com isto, ocorre a prática reflexiva e sistemática de coleta de dados para descrever, explicar e prever a as ações de enfermagem, proporcionando um cuidado coordenado e menos fragmentado (ALLIGOOD, 2014).

Florence Nightingale foi a primeira teórica moderna da enfermagem — com sua obra *Notes on Nursing*, publicada em 1859, indicou proposições básicas para a prática da enfermagem. Os enfermeiros deveriam observar e registrar atentamente os doentes, o ambiente, e os fatores que promoviam a cura. Para ela, o conhecimento da enfermagem deveria ser diferente do conhecimento médico, e os enfermeiros capacitados deveriam ser os responsáveis pela formação do pessoal, bem como a administração do cuidado de enfermagem nas casas e hospitais (CHINN; KRAMER, 2004).

Desde a década de 50, muitos teóricos iniciaram esforços para representar conceituações sobre a enfermagem. Com isto, diversos métodos de classificação de teorias foram descritos, sendo um deles baseado na sua complexidade e nível de abstração (alcance, âmbito). Neste método, a base filosófica da disciplina é definida como Metateoria ou Metaparadigma; estruturas conceituais abrangentes são consideradas Grandes teorias; estruturas mais focalizadas são as Teorias de médio alcance; e Teorias de situação específica ou Teorias práticas têm um menor âmbito (HIGGINS; MOORE, 2000).

O Metaparadigma é o componente mais abstrato da hierarquia estrutural do conhecimento de enfermagem, o qual determina os seus fenômenos primários de interesse, e explica a sua interação específica e própria com estes. Sua finalidade é resumir as missões intelectuais e sociais, e impor limites ao assunto da disciplina. Os conceitos centrais da enfermagem definidos em seu metaparadigma por Fawcet são: Indivíduo, Ambiente, Saúde e Enfermagem (FAWCETT, 1984).

Grandes teorias são complexas e inespecíficas, com conceitos e proposições abstratos, e geralmente não são passíveis a testes. Com âmbito mais abrangente, procuram explicar amplas áreas da enfermagem, podendo incorporar outras teorias. São exemplos de grandes teorias da enfermagem: Teoria do autocuidado de Dorothea E. Orem; Modelo dos sistemas de Betty Neuman; Modelo de conservação de Myra Estrin Levine; Modelo de adaptação de Roy, da Irmã Calista Roy; e Teoria do homem unitário de Martha Rogers (McEWEN; WILLS, 2015).

Teorias de médio alcance englobam um número limitado de conceitos, sendo estes relativamente concretos e podem ser definidos operacionalmente, estando relacionados a um aspecto restrito do mundo real. Suas proposições são passíveis de ser testadas, por isso muitos pesquisadores optam por trabalhar com elas (PETERSON; BREDOW, 2009).

As suposições das teorias de médio alcance são claramente especificadas, e o conhecimento produzido tem um nível médio de abstração, obedecendo a quatro critérios: a teoria está inclusa no foco da enfermagem; os pressupostos são devidamente especificados e congruentes com o foco da enfermagem; fornece descrição substantiva, explicação e interpretação de um fenômeno com nível de generalização intermediário; é originada da prática e da experiência de pesquisa (SMITH; LIEHR, 2018).

As teorias de médio alcance tem ligação direta com a prática e a pesquisa, e podem ser desenvolvidas com métodos indutivos, com observações de desenho qualitativo, ou dedutivos, com análises e sínteses. Esse processo é contínuo e retroalimentado, uma vez que estudiosos que desenvolvem teorias continuam testando hipóteses derivadas destas, com diferentes

populações. Enfermeiros podem usar TMAs já construídas para guiar sua prática clínica e podem também recorrer a conceitos de teorias em construção, que contribuem para sua prática e a retroalimentam com evidências que a corroborem (SMITH; LIEHR, 2018).

Essas teorias podem ser descritivas ao descrever determinado fenômeno; explicativas, quando explicam o relacionamento entre determinados fenômenos; preditivas, ao predizer os efeitos de um fenômeno ou outro (FAWCETT, 2000). São exemplos de Teorias de médio alcance da enfermagem: Modelo de Benner de aquisição de habilidades em enfermagem, de Patrícia Benner; Teoria da diversidade cultural e da universalidade de Leininger, de Madeleine Leininger; Teoria do conforto de Kolkaba; Teoria da tristeza crônica de Eakes, Burke e Hainsworth (McEWEN; WILLS, 2015).

Teorias específicas à situação, também chamadas de teorias práticas, são as menos complexas. Contém menos conceitos, os quais estão relacionados a um pequeno aspecto da realidade e podem ser facilmente definidos. Em geral são limitadas à populações ou campos específicos da prática e são facilmente aplicadas na pesquisa e no cuidado de enfermagem (HIGGINS; MOORE, 2000). A literatura de enfermagem apresenta como exemplos de teorias práticas: Teoria prática de triagem do câncer de próstata, de Nivens, Herman, Weinrich, e Weinrich; Teoria prática da promoção da saúde de bebês prematuros, de Mefford; Teoria prática de cuidar de si mesmo em um ambiente de alto risco (McEWEN; WILLS, 2015).

Modelos conceituais não são diretamente testáveis, pois sua ontologia é suficientemente abrangente para não permitir afirmações e previsões específicas sobre determinados fatos. Teorias, por sua vez, apesar de compartilharem ontologia dos modelos conceituais, possuem metodologias com afirmações que podem ser testadas e avaliadas na prática (LAUDAN, 1981). E dentre as teorias, as de médio alcance destacam-se como voltadas para a prática de enfermagem.

A enfermagem deve sustentar uma relação recíproca entre teoria e prática. A prática origina o desenvolvimento de teorias, que são refinadas por pesquisas, e, posteriormente, são testadas e validadas na prática. Pesquisas podem ser diretrizes para essa associação quando unem teoria e prática, a exemplo de estudos qualitativos baseados em teoria fundamentada nos dados, ou qualquer trabalho com aplicação de teorias.

Nesse sentido, Silveira desenvolveu um estudo aplicando a Teoria do conforto de Kolkaba para promoção da saúde e cuidado de enfermagem à parturiente nos contextos físico, ambiental, psicoespiritual e social. A partir desse trabalho, foram identificadas as categorias conforto ambiental, conforto recebido, sentir-se confortável, desconforto, que serviram para

elaboração de um roteiro com as necessidades de conforto não satisfeitas para direcionar a assistência de enfermagem às mulheres em trabalho de parto (SILVEIRA, 2010).

Teorias são excelentes instrumentos para direcionar a prática de enfermagem, a exemplo da Teoria do alcance de metas de Imogene King, a qual foi utilizada em estudo para implementação da consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão. Tendo em vista a dificuldade de controle e adesão ao tratamento da hipertensão arterial, a Teoria de King foi escolhida por considerar os sistemas pessoal, interpessoal e social, facilitando a interação efetiva enfermeiro-paciente, a fim de conduzir a identificação conjunta de problemas de saúde, elaboração de metas, definição de estratégias para o alcance das metas, e avaliação conjunta para reformulação das metas (BEZERRA, 2015).

A aplicação de teorias de enfermagem na prática, pesquisa, educação e administração em enfermagem acontece ao passo que uma ou mais teorias, modelos conceituais e referenciais empíricos são ligados para criar um sistema conceitual-teórico-empírico (Sistema C-T-E) de conhecimento em enfermagem. A efetivação da prática de enfermagem baseada no sistema C-T-E pressupõe alto nível de pensamento crítico, raciocínio clínico, habilidades psicomotoras e relacionais, que os permitam identificar, rotular, agregar e sintetizar fenômenos sistematicamente (FAWCETT; DESANTO-MADEYA, 2012).

O sistema C-T-E tem a função de fornecer uma metodologia prática e sistemática, com uma visão intelectual das pessoas, seus ambientes e sua saúde, permeando sua forma de se comunicar com os outros. A sua implementação envolve a tradução dos componentes da holarquia estrutural do conhecimento da enfermagem contemporânea para a esfera prática (FAWCETT; DESANTO-MADEYA, 2012).

Na holarquia, os metaparadigmas são traduzidos na prática de enfermagem como pessoas significativas para a enfermagem, ambiente físico, configurações da prática de enfermagem, condições de saúde, processos de enfermagem, metodologias práticas; as filosofias se traduzem em filosofias da área de enfermagem, código de ética e declaração dos direitos do paciente; os modelos conceituais manifestam-se nas perspectivas de enfermagem profissional; as teorias se traduzem em teorias únicas de enfermagem, teorias de especialidades práticas de enfermagem, e de disciplinas adjuntas, teorias de prestação de serviços de enfermagem; os indicadores empíricos estão representados nos padrões para avaliação da prática, classificações taxonômicas, protocolos de intervenção e critérios de avaliação (FAWCETT; DESANTO-MADEYA, 2012).

Existe a corrente de pensamento que não há mais necessidade de estabelecer os limites disciplinares da enfermagem, preconizando o trabalho interdisciplinar sobre problemas

comuns. No entanto, essa perspectiva interdisciplinar deve partir de uma visão clara do conhecimento próprio da enfermagem, que permanece à margem das disciplinas profissionais e necessita especial atenção à singularidade do seu campo de pesquisa e prática (SMITH; LIEHR, 2018).

A prática baseada em evidências deve partir de um foco mais abrangente, com diversos padrões de conhecimento, como os pessoais, éticos e estéticos, além dos empíricos. Esses conhecimentos permitem diferentes tipos de evidências, e todas são essenciais para uma abordagem holística na prática da enfermagem (FAWCETT *et al.*, 2001) que envolva a pessoa em uma perspectiva ampla, transcendental ao seu ambiente e círculo interpessoal, representado pelas redes sociais nas quais estão inseridas.

4.2 Teoria da Rede Social aplicada à prática do enfermeiro

O trabalho em saúde tem se desenvolvido de forma a superar o modelo curativo, e para tal tem se direcionado à integralidade do cuidado e à atenção primária em saúde. Para superação desse modelo, a corresponsabilização pelo cuidado do outro é imperativa. A mobilização da rede social de cada pessoa é um recurso importante, no qual os enfermeiros podem estimular as pessoas a compartilhar necessidades e ter autonomia na busca de soluções.

Na perspectiva da rede social, o trabalho da enfermagem pressupõe que as pessoas têm relações significativas com diferentes pessoas e instituições, além da sua própria família e amigos. No entanto, a noção de convivência em comunidade leva ao conceito “redes de redes”, no qual as interações entre redes sociais são evidenciadas. Na análise de rede ancorada no sujeito, a pessoa informante fica no centro, e os seus contatos interpessoais significativos são representados conforme sua descrição de proximidade das relações e tipos de vínculos. Todavia essa pessoa informante é também um integrante periférico de redes de outras pessoas. Também existem as redes sociais das quais a pessoa não é membro, mas alguns integrantes da sua rede são, e redes das quais nenhum outro membro da rede da pessoa é integrante, apenas ela (SLUZKI, 1997).

Ademais, existem redes às quais a pessoa e diversas outras pessoas pertencem sem se conhecerem entre si, como membros de uma igreja, ou de um clube; e redes das quais nem a pessoa nem qualquer integrante da sua rede fazem parte, mas podem afetar indiretamente a rede da pessoa (SLUZKI, 1997), e, portanto, tornam-se relevantes para o cuidado de enfermagem.

Redes sociais primárias proporcionam ao indivíduo a identidade e o sentimento de pertencer, devido à natureza das relações estabelecidas com os membros dessa rede – família, parentes, amigos, vizinhos e colegas de trabalho e de lazer. A formação, manutenção e relevância nas escolhas e na vida da pessoa desses vínculos são dependentes de variáveis como proximidade ou preferência (SANICOLA, 2015).

A formação das redes sociais primárias envolve três fatores: a história das pessoas, os encontros e acontecimentos, e os ciclos vitais. A história de cada um inicia com o nascimento, que insere a pessoa numa família, a qual passa a integrar sua rede social primária. Com o passar do tempo, devido às preferências e história da pessoa, novos membros – amigos, vizinhos, colegas de trabalho e tempo livre, parentes, família – são incorporados à rede e outros deixam de participar (SANICOLA, 2015).

A rede social concentra a identidade e a história grupal, e constitui base para desenvolvimento da identidade individual, como fonte de retroalimentação e reconhecimento social. As interações que ocorrem no emaranhado das redes possibilitam a cada um dos seus membros refletir sobre a sua própria imagem, e relacioná-la com os diversos papéis que ele desempenha nas relações interpessoais (ATTNEAVE; SPECK, 1972). Tais relações são relevantes aos processos de saúde e adoecimento que são foco do cuidado de enfermagem.

Os encontros com pessoas antes desconhecidas ou reencontro com velhos amigos permitem a adição de membros à rede social. Acontecimentos como mudança de domicílio, de local de trabalho ou atividades de lazer, fazem com que alguns membros vizinhos, parentes e colegas deixem de participar ativamente da vida da pessoa, mas oportuniza o conhecimento de novos possíveis membros da rede. Situações como estas, de encontros, desencontros e acontecimentos críticos podem fortalecer ou enfraquecer os laços (SANICOLA, 2015).

As fases do ciclo vital determinam modificações na conformação das redes. O ingresso na escola, a mudança de série, a entrada na faculdade, o início da carreira profissional, o casamento, nascimento dos filhos, são determinantes na modificação da estrutura (com rupturas e estabelecimento, fortalecimento de vínculos), funções (tipos de apoio fornecido e recebido, controle), e dinâmica de relacionamento (SANICOLA, 2015).

A família, como recurso inter-relacional inicial na vida da pessoa, é o elemento central da rede social primária. No seio familiar são desenvolvidas as capacidades de estabelecer e manter relacionamentos, com influência direta nas demais relações estabelecidas ao longo da vida. Além disso, a família acompanha desde o nascimento até a morte da pessoa, seja presencialmente ou simbolicamente (após mortes ou rupturas). Os laços de família estão além das escolhas das pessoas, e apesar de possíveis distanciamentos ou interrupções intencionais,

a família sempre reaparece, como fonte de apoio ou como obstáculo (DESSEN; BRAZ, 2000; SANICOLA, 2015).

Os laços de parentesco costumam ser menos próximos que os familiares, seja devido ao distanciamento espacial, seja por escolha das relações mais significativas. Um aspecto importante dessas relações é que são recursos valiosos no cuidado uns aos outros, principalmente em situações inesperadas ou de doenças (SLUZKI, 1997; SANICOLA, 2015).

A amizade fundamenta a preferência do indivíduo na formação de sua rede social. Esses laços estão relacionados à proximidade afetiva, e costumam permanecer apesar da distância física. Embora o seu capital de apoio não esteja relacionado diretamente à ajuda concreta, e sim ao apoio emocional, é comum observar amigos assumindo responsabilidades próprias das famílias. Os vizinhos, ao contrário, tem sua função na rede social estritamente relacionada à proximidade geográfica para com a pessoa, que lhe possibilita atuar em situações emergenciais, em especial as de menor gravidade e momentâneas (DESSEN; BRAZ, 2000; SANICOLA, 2015).

Relações estabelecidas nos ambientes de trabalho e lazer permeiam as de amizade e vizinhança. Um bom colega de trabalho, assim como de lazer, exerce o papel de um bom vizinho. Mas essas relações podem ser estreitadas e formarem-se laços de amizade, ampliando assim as oportunidades de contato e aproximação. Com isto, o convívio acontece além das atividades laborais ou de tempo livre, e tornam-se maiores as chances de manutenção desses vínculos após a aposentadoria ou abandono do futebol aos fins de semana, por exemplo (FONSECA; MOURA, 2008; SANICOLA, 2015).

As redes secundárias podem ser formais e informais. As formais são constituídas pelas relações estabelecidas entre entidades governamentais, instituições de mercado ou do terceiro setor. As informais, por sua vez, compreendem laços de ajuda mútua estabelecidos entre pessoas para satisfazer uma situação imediata, que podem tanto atingir um maior nível de organização e tornarem-se formais, quanto serem desfeitas após a resposta à necessidade (SANICOLA, 2015). A enfermagem normalmente está inserida nas redes secundárias formais.

As redes sociais secundárias informais são consideradas desdobramentos das redes primárias, caracterizadas por pouca estruturação, na qual os laços não são instituídos, e suas funções são determinadas por acordos verbais. Como exemplo de grupos de ajuda mútua caracterizado como rede social informal, temos os grupos de pais que se organizam para levar os filhos à escola (SANICOLA, 2015).

As redes secundárias formais são formadas pelas instituições governamentais referentes à saúde, educação, segurança, serviço social, dentre outras. As relações sociais nesses casos são caracterizadas pela possibilidade de exigência por parte dos usuários, uma vez que os mesmos têm direito garantido pela cidadania. As redes do terceiro setor originam-se muitas vezes das redes primárias, são independentes do estado, e não tem obrigação civil de existir ou de atuar, mas proporcionam resposta a uma necessidade, mediada pela partilha de valores comuns. As redes de mercado utilizam como método o mercado, e como meio o dinheiro, sendo caracterizada pela possibilidade de saída, uma vez que não são criados vínculos além do produto. São constituídas por empresas, comércio em geral e profissionais liberais (MORÉ; CREPALDI, 2012; SANICOLA, 2015).

Tanto as redes sociais primárias quanto secundárias podem ser apreendidas em suas dimensões estrutural, funcional e dinâmica. A estrutura corresponde aos atores que compõem a rede: família, amigos, vizinhos, parentes; e a qualidade dos laços estabelecidos entre eles. Esses laços conferem o formato da malha da rede social e podem ser acionados em situações de necessidade. A amplitude representa o tamanho da rede, as pessoas que a integram e a proximidade entre elas; e a densidade da rede reflete os contatos entre os demais integrantes, independente da pessoa. Essa estrutura pode ser representada pelo mapa de rede (SLUZKI, 1997; SANICOLA, 2015).

Quanto ao tamanho, que compreende o número de pessoas da rede, as com poucos integrantes tem maior probabilidade de ser menos efetivas em situações de tensão de longa duração, que pode levar a sobrecarga ou afastamento dos membros. Já nas redes de tamanho maior pode ocorrer a falta de proximidade e afetividade e responsabilização. A dispersão se refere à distância entre os membros, e afeta diretamente a acessibilidade ao contato com os membros da rede para desenvolver vínculos afetivos, assim como a sensibilidade às alterações apresentadas pela pessoa e agilidade de resposta em situações de necessidade (SLUZKI, 1997; LÓPEZ-CABANAS; CHACÓN, 1997).

Os elementos da rede social podem ser representados graficamente no mapa de rede, considerado um instrumento de mapeamento da qualidade e das relações significativas para a pessoa em diferentes contextos, eventos ou períodos da vida. O mapa de rede tem sido utilizado tanto como instrumento de coleta de dados em pesquisas, quanto na intervenção terapêutica (SLUZKI, 1997; MORÉ; CREPALDI, 2012). A psicologia e as ciências sociais utilizam este recurso, que também é válido para a enfermagem e pode ser elaborado e modificado diversas vezes, tendo em vista o caráter mutável das redes.

As funções da rede podem ser resumidas em duas: suporte e controle. Controle é a contenção desempenhada pela rede de ações ou posicionamentos da pessoa, sejam eles benéficos ou maléficos. O suporte, ou apoio social, é a função mais importante desempenhada pelos integrantes da rede (SANICOLA, 2015), e, por isso, tem sido alvo de pesquisas e descrito na literatura sob diferentes definições (DA SILVA PEDRO *et al*., 2008).

Outras funções da rede social que podem ser desempenhadas são: companhia social, que funcionam como transmissoras de cultura e promotoras de adaptação; apoio emocional, com intercâmbios de compreensão, simpatia e estímulo; guia cognitivo e conselhos; regulação social, com reafirmação de responsabilidades sociais; ajuda material e de serviços; acesso a novos contatos com novas possibilidades de interação com outras pessoas e outras redes (LÓPES-CABANAS; CHACÓN, 1997; SLUZKI, 1997).

Diante da multiplicidade de termos para definir apoio social, Wiliams e colaboradores (2004) conduziram uma análise de conceito na qual o apoio social foi definido como algo temporal, com significado variante para o indivíduo no decorrer do ciclo vital, e exige existência de relações sociais, sendo sua efetivação mediada pela estrutura, força e tipo dessas relações sociais. Estas são consideradas favoráveis quando são baseadas na reciprocidade, confiança e acessibilidade. Nesse mesmo tripé são baseadas as relações desenvolvidas entre os enfermeiros e os pacientes.

As relações sociais são capazes de fornecer apoio emocional, que leva a pessoa sentir-se amada e cuidada, sentir-se ligado ou capaz de confiar em outros, sentir autoestima, segurança, garantia de uma aliança confiável com o outro; apoio instrumental; apoio coerente, que pode ser informações manifestas ou ocultas, dependendo do momento; validação, que transmite a sensação de ser acreditado; inclusão, que causa sentimento de pertença (WILLIAMS; BARCLAY; SCHMIED, 2004).

Outros recursos classificados como apoio na análise de conceito foram recursos íntimos — o compartilhamento de si mesmo; recursos materiais, como provisão de bens, dinheiro ou ferramentas, habilidades ou trabalho; recursos de tempo, ao se disponibilizar companheirismo e acompanhamento prolongado; recursos cognitivos, com orientações diretas ou indiretas em relação a um problema específico. Assim como provém apoio, os laços sociais podem distrair os indivíduos do foco no seu problema. A provisão de informação ou *feedback* a respeito dele ou de sua situação em particular é em geral inerente a todos os recursos de apoio (WILLIAMS; BARCLAY; SCHMIED, 2004).

Interações potencialmente apoiadoras podem ser intencionais ou não intencionais, e ter impacto positivo ou negativo tanto para o receptor quanto para o provedor. Essa dualidade é influenciada pelo reconhecimento da necessidade do indivíduo por parte dos possíveis apoiadores, e a percepção de satisfação da pessoa com o apoio que lhe foi ofertado, e se obteve o resultado esperado. O apoio social percebido é influenciado pelas características do receptor, como o seu estado afetivo, avaliação das suas próprias necessidades e dos recursos que lhe são oferecidos, e suas ações. Características do provedor também influenciam o apoio social, incluindo avaliação de necessidade e ego, a sua disposição para agir, os resultados de suas ações para eles mesmos, e sua relação com o receptor do apoio (WILLIAMS; BARCLAY; SCHMIED, 2004).

O apoio social pode ser classificado em cinco tipos: apoio emocional, com demonstrações de empatia, valorização e encorajamento da pessoa; informativo, através de conselhos, sugestões, direcionamentos e *feedback* para a pessoa; presencial, evidenciado pela disponibilidade em passar tempo de qualidade com a pessoa, proporcionando o sentimento de pertencer; instrumental, que é o apoio tangível representado pela ajuda material e concreta em atividades práticas; e autoapoio, que é o apoio da pessoa para consigo mesma (SOUSA; FRACOLI; ZOBOLI, 2013; SANICOLA, 2015).

O apoio social deve ser compreendido como uma troca que ocorre entre os atores da rede, sendo o grau de simetria evidenciado em trocas recíprocas ou unidirecionais. A motivação para essas trocas é outro ponto a ser observado, se são mediadas pela afetividade ou espírito de doação; se viabilizadas pelo dinheiro, e as condições para que isso ocorra. Em redes primárias, é comum que as trocas se manifestem em gestos de doar-receber-oferecer que gera o sentimento de gratidão, reciprocidade e equivalência das trocas. Portanto, as trocas ocorrem em razão do laço, e não o contrário (SANICOLA, 2015).

A dinâmica da rede compreende os movimentos de distribuição e redistribuição das forças nos pontos de maior necessidade, assim como a circulação das informações na rede, os acontecimentos da vida cotidiana e os extraordinários, eventos críticos positivos ou negativos, desgastes ou rupturas nas relações, não cumprimento de regras e como os integrantes da rede reagem a essas diversas situações (SANICOLA, 2015).

Estrutura, função e dinâmica da rede são dimensões identificadas e trabalhadas na intervenção de rede. Na referida estratégia ocorre a exploração e a mobilização das redes, com o objetivo de partilha de necessidades e fortalecimento dos laços na rede primária para que essa possa buscar autonomia em relação às redes secundárias. O operador de rede não é

necessariamente um terapeuta, e desempenha o papel de orientação e acompanhamento dos processos relacionais (SANICOLA, 2015).

O enfermeiro que reconhece a importância das relações interpessoais no processo de saúde e adoecimento pode aplicar ações da intervenção de rede para aprimorar a assistência integral. As técnicas de exploração das redes permitem verificar as fragilidades e potencialidades, e instrumentalizam a definição de estratégias de enfrentamento, ao passo que as ações de mobilização são sugestões para amplificar o potencial da rede de ser autônoma na busca de bons resultados de saúde.

Sluzki (1997) defende que a rede social afeta a saúde da pessoa, mas a saúde da pessoa também afeta a rede social. A rede afeta a saúde ao diminuir a reatividade, proporcionar sentido à vida, ofertar *feedback* sobre situações de saúde e doença, e favorecer atividades de bem-estar. Por outro lado, a presença de doenças crônicas deteriora a capacidade relacional da pessoa, e a longo prazo, é reduzida sua capacidade de acesso aos contatos existentes e a possibilidades de criar novos, e o número de integrantes da rede social diminui.

Nas redes sociais primárias são gerados e aprendidos os valores sociais e culturais que servirão de referência para a vida em sociedade. Elas são formadas ao longo do tempo, e dependem da livre escolha das pessoas, portanto não podem ser geradas nem produzidas, mas podem ser reconhecidas, orientadas, valorizadas e mobilizadas (SANICOLA, 2015) e nesse cenário o enfermeiro pode atuar como mediador, identificando as potencialidades da rede social e mobilizando seus integrantes em movimentos da individualidade para a partilha.

Nessa complexidade das ações, a enfermagem empreende o cuidado à família nas perspectivas cultural, social, física, psíquica e emocional, em direção à promoção da saúde, com consciência e autonomia para, a partir do reconhecimento de suas necessidades, dentro de suas possibilidades, conquiste a sua qualidade de vida e bem-estar (PEDRO; ROCHA; NASCIMENTO, 2008).

O enfermeiro deve usar inicialmente como instrumentos o olhar e a escuta. É essa atenção voltada à pessoa que o move e comove, possibilitando o início de uma relação (SANICOLA, 2015). Esse olhar atento é indispensável na identificação dos fenômenos de enfermagem que interferem na saúde de seus clientes, tornando possível após essa identificação o estabelecimento de metas e ações para a efetivação do cuidado de enfermagem.

Esta concretização do cuidado pressupõe o contato entre o enfermeiro, a pessoa e sua rede social, especialmente a família, permeado por respeito e acolhimento. A família deve ter incentivada a sua participação ativa, receber apoio social tanto para o cuidado à pessoa,

quanto para a compreensão e enfrentamento dos problemas advindos. Assim, tornar-se-á mais capaz de superar seus problemas com autonomia e responsabilidade (SANCHEZ; FERREIRA; DUPAS, 2010).

Dentre as ações de enfermagem essenciais está inserida a educação em saúde, que se configura como prática que envolve processos e técnicas pedagógicas para socialização entre indivíduos e coletividades, e a transformação de seus modos de vida. Essa base em relações humanas permite o compartilhamento de saberes, e influencia diretamente no cotidiano em busca de melhorias de qualidade de vida nos diferentes processos do ciclo vital (ALVES, 2005).

Dentre esses diversos processos, a vivência da amamentação pode ser destacada como relevante para a saúde populacional, com benefícios reconhecidos pela Organização mundial da saúde (OMS). Estratégias de incentivo à amamentação realizadas por pessoas importantes no contexto afetivo-social das mulheres/nutrizes elevam a sua autoeficácia, e contribuem para elevação dos índices de aleitamento materno. Ademais, atuação em rede dos enfermeiros e demais profissionais da saúde, lideranças comunitárias, religiosas e políticas têm o potencial de facilitar a adoção de práticas saudáveis relacionadas à amamentação (DEMIRTAS, 2012).

O desenvolvimento de habilidades de comunicação e inserção nas redes sociais das mulheres/nutrizes, suas famílias e comunidades, transforma o enfermeiro em membro deste dispositivo relacional, e contribui para a redução das desigualdades na saúde (DEMIRTAS, 2012) Deste modo, a assistência de enfermagem alicerçada nos preceitos da rede social tem potencial de promover o cuidado ampliado e individualizado, concernente ao contexto de vida da pessoa e de seus contatos interpessoais, em um processo de construção da autonomia permeado por ações de educação em saúde, que favorece seu reconhecimento como coconstrutoras ativas do próprio cuidado (PINHEIRO; GUANAES, 2016).

4.3 Educação em saúde e o cuidar na Rede social

A rede social da pessoa tem especial relevância para o enfrentamento às situações adversas vivenciadas, e cabe aos enfermeiros identificar essa rede, ao compreender o contexto social no qual ela está inserida. Com isto, poderá reconhecer-se como integrante da rede social secundária, além de incluir no planejamento assistencial as demandas originadas da rede, bem como desenvolver estratégias de fortalecimento dos laços e ampliação dos contatos, a partir de ações de educação em saúde (SILVA *et al.*, 2014).

A educação em saúde, segundo o dicionário de descritores em ciências da saúde (DeCS, 2020), “objetiva desenvolver nas pessoas um sentido de responsabilidade, como indivíduo, membro de uma família e de uma comunidade, para com a saúde, tanto individual como coletivamente”. Este senso é desenvolvido com base em um processo educativo da população que favorece a autonomia em seu próprio cuidado, na comunicação com os profissionais da saúde e com os gestores (BRASIL, 2008).

Esse processo envolve três atores principais: a pessoa que necessita ampliar seus conhecimentos e autonomia; o profissional disposto a atuar em estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças; e a equipe gestora que ofereça subsídios para as práticas da educação em saúde (FALKENBERG *et al.*, 2014). Cabe frisar que grande parte das ações é desempenhada nos cenários do cuidado nos quais estão inseridos os profissionais e as pessoas, um solo fértil para formação de vínculos e desenvolvimento de interações sociais geradoras e facilitadoras do apoio social.

O enfermeiro é um profissional que agrega técnicas didático-pedagógicas à sua atuação assistencial, que o instrumentaliza a desenvolver estratégias de educação em saúde. A sua capacidade de compreensão das questões biopsicossociais torna-o um dos principais motivadores da promoção da saúde (SANTOS *et al.*, 2012), tão necessária para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar da população nos diferentes contextos.

O histórico da educação em saúde no Brasil é entremeado pelo desenvolvimento da saúde pública, que, inicialmente era voltada a campanhas sanitárias caracterizadas por estratégias verticais, tecnicistas, autoritárias e puramente informativas, nas quais as pessoas eram tratadas como seres que necessitavam de informações para mudar seus hábitos de vida, e que consideravam-nas únicas responsáveis pelo seu processo de saúde-adoecimento (VASCONCELOS, 2001).

O movimento de educação popular em saúde que iniciou na década de 1960 foi acompanhado de estímulo à participação popular e incentivo a processos educativos mais democráticos com reflexão e produção conjunta de conhecimentos, vinculando o saber técnico ao entendimento prévio construído no cotidiano da população (FALKENBERG *et al.*, 2014). A educação popular em saúde passou a ser prática relevante no cuidado às pessoas e coletividades, que possibilita ações de diversos atores em diferentes instituições, em espaços dentro e fora do setor saúde (PAIM, 1998).

A abordagem da educação popular em saúde centraliza o processo de ensino-aprendizagem nos contextos político, econômico, social e cultural vivenciados no momento da ação educativa, que deve ser sempre ploblematizadora e reflexiva. Desta forma, o

educando percebe-se como integrante da sociedade, e a relação com o educador é democrática e igualitária (VASCONCELOS et al., 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2010).

O educador mais representativo da abordagem sociocultural da educação, no Brasil, é Paulo Freire. Ele defendeu que o ser humano é o protagonista de sua própria formação, e não pode ser compreendido fora do seu contexto sociocultural. Para ele, todo ato educativo deve tornar a pessoa capaz de refletir sobre a sua própria realidade, e recriar e readaptar a cultura em um processo dinâmico e flexível de transformação e adaptação, o qual resulta em atitudes que contribuem para a saúde (FREIRE, 2014).

A Teoria de Paulo Freire representa um referencial teórico amplamente adotado nas ações de educação em saúde da enfermagem. Estratégias de promoção do aleitamento materno em UTI neonatal foram identificadas em três grupos: fazer entender, com explicações sobre o cuidado ao filho e recomendações dos organismos de saúde; fazer sentir, composta por vinculação decorrente de atitudes de aproximação pessoal do enfermeiro com a mulher/mãe, e desta com seu filho recém-nascido e os demais integrantes da família; fazer fazer, no qual se inserem ações de incentivo, demonstração e auxílio. Em cada um desses grupos pode ser observada a associação entre os conteúdos disponíveis nos manuais, e a realidade vivida pela mulher e sua família, permeada pelas interações sociais entre a mulher/mãe, a equipe de enfermagem e os demais atores de sua rede social (ARAÚJO *et al*., 2018).

O saber instituído de forma imposta frequentemente não leva a mudança de comportamento, uma vez que este é determinado por valores, crenças e representações simbólicas — e dificilmente pode ser modificado exclusivamente em decorrência de novos conhecimentos adquiridos (FERRARA, 1996). As ações de educação em saúde devem valorizar os modos de pensamento construídos ao longo da história de vida e experiência coletiva, que constituem as suas representações sobre o adoecer, e nem sempre coadunam ao saber médico (ADAM; HERZLICH, 2001).

As abordagens com foco na pessoa são as mais apropriadas ao educar-cuidar na rede social, em que a educação em saúde deve advir do pressuposto que a rede é uma unidade relacional, dotada de sua própria história e identidade cultural. Compreender essa cultura própria das redes exige dos profissionais a sensibilidade e a escuta (SANICOLA, 2015), para desenvolver estratégias de cuidado adequadas e com potencial de envolver todos ou boa parte dos membros.

A observação da pessoa na totalidade dos processos sociais, intelectuais, afetivos e culturais vivenciados é necessária para a mudança efetiva de conduta. Assim, o trabalho do

enfermeiro na educação em saúde deve suplantar a facilidade de replicar estratégias verticalizadas, e centralizadas no educador, para inserir-se no círculo social das pessoas, e, apoiar-se na compreensão de suas crenças, valores e história de vida, buscar a construção conjunta de soluções socioculturalmente sustentadas (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

Os processos educativos produzidos na dinâmica complexa da rede de solidariedade e compartilhamento proporcionam o desenvolvimento de potencialidades tanto do educando quanto do educador. Este, ao abdicar do poder fictício de único detentor do saber, relativiza os conhecimentos e permite trocas e reconstrução de representações sobre o processo saúde-doença, e promove autonomia (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

Nestes processos, classificados como dialógicos, uma vez que o diálogo constitui seu instrumento essencial, a pessoa é reconhecida como portadora de um saber, o qual não deve ser deslegitimado, mas ter transformada a compreensão de sua situação de saúde. As ações dialógicas acontecem no espaço das relações interpessoais, no qual profissionais da saúde e usuários dos serviços constroem o saber de forma compartilhada, o que permite a sua vinculação e fortalecimento da confiança nos serviços (ALVES, 2005).

O pensar e agir do enfermeiro educador visam resgatar a pessoa como cidadã consciente de seu contexto social e cultural, e torná-la participativa nas ações de mudança, por meio do princípio da dialogicidade. Na educação em saúde problematizadora, o despertar da consciência crítica e mudança de comportamento não é imediato, mas resultado de um processo contínuo de intermediação de saberes para construção de um novo saber (ALVIM; FERREIRA, 2007) sem perder de vista o propósito de desenvolver a personalidade integral do educando, sua capacidade de raciocínio, senso de responsabilidade e cooperação (BORDENAVE; PEREIRA, 1994), estimular a reflexão crítica das causas dos problemas e capacitar a contribuir para melhoria das condições de vida e saúde da população (FREIRE, 2014).

No campo da saúde da criança, as ações implementadas devem suplantar o tratamento/prevenção de doenças, para o crescimento e desenvolvimento saudável. Para isso, o enfermeiro deve lançar mão de mecanismos que envolvam família e coletividade responsável pelo cuidado a criança, para aperfeiçoar os seus conhecimentos preexistentes e garantir que possam assumir com autonomia as suas responsabilidades de cuidadores (QUEIROZ; JORGE, 2006).

Em outras populações específicas, como a LGBT, a educação em saúde deve enfocar o desenvolvimento de competências não só de conhecimentos, mas habilidades e atitudes críticas. Com abordagens personalizadas e sensibilidade às necessidades socioculturais únicas,

o profissional da saúde desenvolve ações direcionadas ao fornecimento de cuidados afirmativos permeados por conforto, comunicação eficaz e satisfação dos pacientes (KEUROGHLIAN; ARD; MAKADON, 2017).

No ambiente escolar, ações isoladas de educação em saúde tem relativa eficácia na promoção de saúde sexual, prevenção da violência e uso de substâncias ilícitas, no entanto, os efeitos são pouco duradouros. Nessa população, intervenções multisetoriais são mais eficazes ao envolver mudanças nas políticas escolares, bem como trabalhos na comunidades adjacentes à escola (SHACKLETON *et al.*, 2016). A escola é um solo fértil para desenvolvimento de ações conjuntas dos profissionais da saúde e da educação.

Os profissionais da saúde encontram barreiras relacionadas a estrutura física inadequada, falta de planejamento para realização das atividades e problemas nas relações interpessoais entre profissionais, que fragilizam a realização da educação em saúde em grupo. Oportunidades de educação em saúde nos atendimentos individuais são perdidas devido ao foco excessivo nas condutas curativas em detrimento das preventivas e de promoção da saúde (SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2018).

A realização de atividades educativas coletivas que possibilitam interação das pessoas entre si e dessas com os profissionais da saúde são eficazes para estímulo ao autocuidado, bem como a desconstrução/reconstrução de saberes sobre o processo de saúde/adoecimento. A troca de conhecimentos e compartilhamento de sentimentos permite a construção de vínculos (VIEIRA; CECÍLIO; TORRES, 2017) que trazem às pessoas o sentimento de pertencer aquele grupo.

O vínculo entre as pessoas e os profissionais da saúde deve ser permeado pelo acolhimento, escuta qualificada e apoio, no estabelecimento de relação de confiança, o qual é fundamental para a efetivação das estratégias de educação em saúde democráticas e populares. O vínculo propicia a criação de redes de afeto, proximidade e abertura ao diálogo (MACIAZEKI-GOMES *et al.*, 2016), que permitem ao profissional da saúde, como o enfermeiro, fazer parte da rede social da pessoa.

O fundamento da prática de educar-cuidar do enfermeiro é a concepção da individualidade de cada pessoa que ele cuida, afinal, o cuidado é singular e se estabelece nas relações horizontais pessoa-pessoa (ALVIM; FERREIRA, 2007). O cuidado só pode ser efetivamente vivenciado e demonstrado interpessoalmente (WATSON, 1997), e ao fazer parte da gama relacional da pessoa, o enfermeiro pode estabelecer diagnósticos mais precisos das respostas.

4.4 Diagnósticos de Enfermagem na prática profissional do enfermeiro

A competência do enfermeiro no cuidado do paciente é evidenciada na efetivação do processo de enfermagem, em especial o raciocínio clínico, necessário ao estabelecimento de diagnósticos de enfermagem — segunda etapa do processo. Essa capacidade de identificar, rotular e intervir nos fenômenos de enfermagem contribui para a definição do seu conhecimento próprio e confirma a autonomia profissional dos enfermeiros.

O Processo de Enfermagem pode ser entendido como um método científico com potencial de identificar, descrever, compreender, explicar e predizer necessidades humanas de indivíduos, famílias e coletividades, nos diversos contextos do ciclo vital e em problemas de saúde reais ou potenciais, para definir se e quais intervenções são necessárias a determinado evento. Esse método pressupõe uma articulação de práticas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, organizadas na Sistematização da Assistência de Enfermagem, e que, além da fundamentação do conhecimento técnico-científico, é influenciado por valores e crenças dos profissionais (GARCIA; NÓBREGA; CARVALHO, 2004; GARCIA; NÓBREGA, 2009).

A execução do processo de enfermagem exige habilidades intelectuais, interpessoais e técnicas, que possibilitam a identificação e determinação dos significados dos fenômenos, o julgamento clínico, o estabelecimento de metas concernentes à enfermagem e a determinação das ações necessárias para alcançá-las (ICN, 2005). O processo de enfermagem constitui ferramenta indispensável, que, embasada em modelos teóricos, proporciona uma assistência adequada às reais e potenciais necessidades do indivíduo, família e coletividade (SILVA; LUCENA, 2009).

Como segunda etapa do processo de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem agrupa e interpreta as informações obtidas na fase anterior, objetivando a definição dos diagnósticos de enfermagem mais adequados para representar as respostas dos indivíduos, famílias e coletividades em determinado momento do processo saúde-doença, alicerçando a escolha das intervenções mais pertinentes para alcançar os resultados esperados do cuidado (COFEN, 2009).

O termo diagnóstico, do grego *diaggnoskein*, significa distinguir, e foi introduzido na literatura da enfermagem na década de 1950 por Vera Fry. Esta enfermeira abordou de forma científica os problemas de enfermagem identificados nos clientes, formulando os respectivos diagnósticos e planos de cuidados individualizados (FRY, 1953). No Brasil, a partir da década

de 1960, com os trabalhos de Wanda de Aguiar Horta na temática do processo de enfermagem, os diagnósticos tornaram-se pauta de discussão.

Antes da existência de uma padronização da linguagem de enfermagem, os enfermeiros utilizavam termos aleatórios para descrever situações concernentes aos clientes. Além da falta de um sistema de classificação para descrevê-las, não se tinha ferramentas de investigação para descoberta de fenômenos de enfermagem relevantes ao cuidado (CARPENITO-MOYET, 2008).

A linguagem de especialidade é utilizada na comunicação eficaz entre integrantes de uma comunidade técnico-científica, como é o caso da enfermagem. É caracterizada por uma alta padronização de seus conceitos, diferente da linguagem comum, cujos significados atribuídos variam em decorrência das vivências sociais, e por isso é utilizada na comunicação com os pacientes (GARCIA; COENEN; BARTZ, 2016).

Assim, surgiu o interesse na criação de um sistema de classificação diagnóstica padronizado para descrever as situações de saúde pertinentes a enfermagem de forma uniformizada, culminando em 1973 na I Conferência Nacional sobre Classificação de Diagnósticos de Enfermagem, na Saint-Louis University School of Nursing. Neste evento foi elaborada uma lista de diagnósticos em ordem alfabética, e criado um grupo de enfermeiros com a responsabilidade de aperfeiçoar estudos em linguagem diagnóstica, denominado *National Group for the Classification of Nursing Diagnosis* (TANNURE, 2009). Em 1982, na quinta conferência, esse grupo teve o nome modificado para *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) e dado início a formulação da taxonomia 1 da NANDA, apresentada oficialmente na sétima conferência, ocorrida em 1986 (LIMA *et al.*, 2014).

A primeira taxonomia tinha como base os nove Padrões de resposta humana, a saber: trocar; comunicar; relacionar; valorizar; escolher; mover; perceber; conhecer; sentir (GORDON, 1994), e a NANDA era a responsável pelo desenvolvimento de pesquisas científicas para revisão e aprovação dos diagnósticos nos EUA. A partir de 2002, foi estabelecido o foco internacional da associação, e proposta a taxonomia II com eixos adequados a *International Standards Organization (ISO) Reference Terminology Model for Nursing Diagnosis* em consonância com as exigências da Organização Mundial da Saúde (OMS) (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

O diagnóstico de enfermagem é o julgamento clínico das repostas do indivíduo, família ou comunidade a problemas de saúde ou processos vitais, sejam eles reais ou potenciais (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Uma vez decidido, o diagnóstico torna-se base para definição das intervenções e metas do cuidado de enfermagem. A enfermagem

inicialmente buscava respostas a fenômenos derivados de problemas de saúde, mas tem se fortalecido o diagnóstico de processos do ciclo vital como maternidade, paternidade e promoção da saúde (CARPENITO-MOYET, 2008).

O estabelecimento de diagnósticos de enfermagem exige dos enfermeiros a capacidade de pensamento crítico embasado em amplo conhecimento técnico-científico para converter os dados coletados em diagnósticos. Esse processo pode ser nomeado como raciocínio clínico, o qual se traduz não só em raciocínio diagnóstico, mas está presente no estabelecimento das intervenções mais adequadas e na avaliação dos resultados (CERULLO *et al.*, 2010).

O enfermeiro deve analisar e interpretar as informações obtidas pela investigação dos seus clientes, num processo contínuo de aprimoramento da prática clínica. Essa busca possibilita o estabelecimento de diagnósticos acurados, e a tomada de decisão quanto às intervenções que podem ou não ser realizadas frente à determinadas situações. Essa interpretação de dados necessita de habilidades relacionadas ao julgamento clínico, que devem ser desenvolvidas no ensino e na prática para construção do raciocínio diagnóstico (SILVA; LUCENA, 2009).

A organização do processo diagnóstico tem seu alicerce no pensamento crítico e no raciocínio diagnóstico, que instrumentalizam o enfermeiro para o julgamento clínico e tomada de decisão diagnóstica. O pensamento crítico envolve habilidades cognitivas relacionadas à avaliação da pessoa e da situação, e hábitos mentais necessários para tomada de decisão clínica. A inter-relação destes domínios acontece no desenvolvimento do pensamento crítico, que, por envolver habilidades específicas e experiência prévia, é diferente em cada enfermeiro (FACIONE, 1990).

Embora o pensamento crítico seja individualizado para cada profissional, algumas características podem ser listadas como necessárias a um pensador crítico: ele deve ser um constante e focado investigador, com questionamentos claros, que persiste na busca dos resultados e se dedica às informações relevantes; deve estar sempre bem informado; ser flexível e ter a mente aberta; deve ser confiante; e aplicar raciocínio na seleção de critérios, padrões e inferências (FACIONE, 1990).

Na prática clínica da enfermagem, o conceito de raciocínio diagnóstico é considerado sinônimo de julgamento clínico, raciocínio lógico, raciocínio crítico e raciocínio clínico (LUNNEY, 2004). O julgamento clínico do enfermeiro é realizado em quatro fases. A primeira envolve identificação, reconhecimento e avaliação da situação clínica do paciente, sendo influenciada pelo conhecimento teórico, habilidades relacionais, valores, experiência prática e expectativas do profissional. O qual também perpassa pelas vivências prévias do

enfermeiro, a característica afetividade e compreensão da realidade do paciente e o contexto vivido na unidade de saúde na qual trabalha (TANNER, 2006).

Na segunda fase do julgamento clínico, acontece interpretação dos significados dos dados antes identificados; na terceira, determina as intervenções adequadas a cada conjuntura; por fim, ocorre a reflexão tanto dos resultados de saúde demonstrados pela pessoa em consequência da intervenção realizada, quanto do processo de enfermagem como um todo (TANNER, 2006).

A taxonomia II, a qual vigora atualmente, é um sistema de classificação hierarquizado em três níveis, multiaxial e possui em sua versão 2018-2020, 244 diagnósticos de enfermagem distribuídos em 13 domínios e 47 classes. Uma linguagem de enfermagem com utilidade clínica reconhecida, que atende aos critérios estabelecidos por organismos internacionais de terminologias em saúde (HERDMAN; KAMITSURU, 2019).

Os diagnósticos são construídos em um sistema multiaxial formado por eixos que possibilitam a padronização dos componentes diagnósticos de forma coerente ao modelo ISO. Cada um dos sete eixos representa uma dimensão da resposta humana em questão, sendo eles: Eixo 1: foco do diagnóstico; 2: sujeito (indivíduo, família, grupo, cuidador, comunidade); 3: julgamento; 4: localização; 5: idade; 6: tempo; 7: situação do diagnóstico (voltado para um problema, de risco, de promoção da saúde) (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Os eixos estão contidos nos títulos dos diagnósticos, no entanto, podem estar implícitos em alguns casos. Um exemplo é o diagnóstico “Intolerância à atividade” no qual está subentendido que o sujeito (Eixo 2) é o paciente, que é definido pela NANDA-I como “indivíduo, família, grupo ou comunidade”. Em outros casos, algum eixo, como idade (Eixo 5) ou tempo (Eixo 6) pode não ser pertinente ao diagnóstico (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

O foco do diagnóstico (Eixo 1) e o julgamento (Eixo 2) são componentes essenciais do diagnóstico de enfermagem. Porém, em alguns títulos diagnósticos o julgamento está contido no foco, a exemplo de “náusea”. Os demais eixos podem ser utilizados conforme necessário para melhor clareza (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Além do título, cada diagnóstico tem a sua definição; características definidoras — pistas da manifestação do diagnóstico passíveis de observação; fatores relacionados — atribuídos como causas; condições associadas — as quais não são passíveis de modificação decorrente de ações independentes do enfermeiro; populações em risco — grupos de pessoas com característica que o torna suscetível ao diagnóstico. No caso de diagnósticos de risco, são observados os fatores de risco, que são situações que aumentam a vulnerabilidade do

paciente (indivíduo, família, grupo ou coletividade) a um problema de saúde (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Os diagnósticos de enfermagem que integram a taxonomia da NANDA-I obedecem a um rigoroso processo de construção, validação e avaliação antes de serem incorporados. O simples ato de justapor valores de eixos para formar um título sem elaboração de sua definição, fatores relacionados ou de risco, e características definidoras, não corresponde à finalidade de uma linguagem padronizada com uso clínico reconhecido internacionalmente (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

A interpretação equivocada dos fenômenos de enfermagem, que pode resultar do uso de termos criados inadequadamente na prática diária, representa um risco à segurança do paciente, pois não garante o estabelecimento de metas e intervenções que atendam as suas reais necessidades (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Portanto, faz-se necessário seguir um método científico adequado para construção e validação de novos diagnósticos de enfermagem.

A validade de um diagnóstico está relacionada ao nível em que um grupo de características definidoras descreve a realidade observada no cliente. Assim, tais características são consideradas válidas quando podem ser identificadas em um grupo de indivíduos em determinada situação clínica (GORDON, 1994).

A validação diagnóstica deve ser considerada como um processo, devido à complexidade dos fenômenos do escopo da enfermagem, que envolve dimensões sociais, culturais e econômicas de cada pessoa (GORDON, 1994). E, portanto, devem seguir métodos robustos que garantam a representatividade nas diversas situações. Referenciais metodológicos de alguns autores têm sido seguidos na construção e validação de diagnósticos de enfermagem, como Hoskins (1989); Fehring (1987); Lopes e Silva (2016).

Nestes, pode ser evidenciado em comum a condução do processo em fases que, em suma, são constituídas por um compêndio teórico da literatura existente sobre o conceito relevante ao diagnóstico, a submissão da construção teórica à análise por juízes especialistas em áreas do conhecimento pertinentes ao diagnóstico, e, posteriormente, a validação com integrantes da população alvo do diagnóstico.

O modelo de validação de Hoskins (1989), assim como o de Lopes e Silva (2016) é composto por três fases: análise do conceito, validação por especialistas e validação clínica. Para a primeira etapa, existem os modelos de análise de conceito de Rodgers e Knafl (1999), e Walker e Avant (2005) — sendo este o mais utilizado — para desenvolver um modelo teórico

que explique a presença de determinadas características relacionadas a um fenômeno de interesse.

Para a análise de conceito é desenvolvido um processo de identificação dos elementos básicos do conceito, associada a uma revisão integrativa da literatura sendo composta por oito etapas: seleção do conceito; determinação dos objetivos da análise de conceito; identificação dos possíveis usos do conceito; determinação dos atributos críticos ou essenciais; construção de um caso modelo; construção de casos adicionais – limítrofes, relacionados, contrários inventados e ilegítimos; identificação de antecedentes e consequentes do conceito; definição das referências empíricas (WALKER; AVANT, 2005). Fehring (1987) recomenda que na primeira etapa também sejam construídas as definições conceituais e operacionais para cada antecedente e consequente encontrado.

Tendo em vista a complexidade dos fenômenos de enfermagem e a necessidade de contribuir com a cientificidade da profissão, minimizando a distância entre pesquisa e prática e proporcionando uma prática clínica embasada em teorias próprias, Lopes, Silva e Herdman (2017) preconizam o desenvolvimento de Teoria de Médio Alcance na primeira etapa do processo de validação diagnóstica.

Existem três tipos de TMA – as descritivas, as explanatórias e as preditivas. E os autores recomendam que deve ser baseada na causalidade, portanto, preditiva. Este tipo de teoria permite estabelecer relações precisas de causa-efeito entre os conceitos. Para construção de uma teoria preditiva deve-se seguir seis etapas: definição da abordagem de construção da TMA; definição dos modelos conceituais a serem analisados; definição dos conceitos principais; desenvolvimento do diagrama pictórico; construção das proposições; estabelecimento de relações causais e evidências para a prática (ROY, 2013; LOPES; SILVA; HERDMAN, 2017).

A construção de um diagnóstico de enfermagem com um embasamento teórico na perspectiva causal contribui para o processo de raciocínio clínico, apresentando os conceitos concatenados com relação temporal facilitando a translação do conhecimento e a interligação entre teoria-pesquisa-prática. Representa assim uma evolução no processo de construção de diagnósticos de enfermagem.

A segunda fase do processo de validação diagnóstica é a validação do conteúdo por juízes, na qual a lista de antecedentes e consequentes do conceito é analisada por especialistas que julgam quanto à sua pertinência e integralidade. Nesta etapa, são definidas quais características definidoras e fatores relacionados serão mantidos ou excluídos por não serem indicativos do diagnóstico em questão (HOSKINS, 1989). Este autor não define com clareza

os critérios a serem empregados para seleção dos juízes. Portanto, têm-se utilizado as recomendações de Fehring (1987), que apresenta critérios aos quais é atribuída determinada pontuação, e são referentes tanto à titulação, quanto a experiência do juiz com taxonomias e com a temática do diagnóstico, representada por publicações científicas, formação acadêmica e experiência prática clínica.

A principal dificuldade desta etapa da validação é a garantia da qualidade dos peritos que participam, uma vez que seus resultados dependem intimamente da competência de cada juiz. Porém, a definição de expertise em enfermagem ainda não é bem delimitada, dificultando a determinação dos critérios de seleção dos mesmos. A quantidade de juízes também é controversa e a captação destes é constantemente permeada por adversidades (LOPES; SILVA, 2016).

Para preencher essa lacuna, e suprir a necessidade de adaptações inapropriadas de critérios existentes, novos critérios foram propostos para seleção dos juízes, com vistas a garantir a valorização da experiência clínica em detrimento da acadêmica. Um juiz pode ser considerado expert se tiver obrigatoriamente pelo menos quatro anos de experiência clínica na temática específica do diagnóstico em questão. Também são estabelecidas pontuações para anos de ensino acadêmico de classificações de enfermagem e na área específica do diagnóstico, participação em grupos de pesquisa, produção científica, mestrado ou doutorado na área (GUIMARÃES *et al*., 2016).

Lopes e Silva (2016), por sua vez, aconselham a busca de juízes com certo nível de proficiência na temática, não necessariamente experts. Esta recomendação se baseia na abordagem da sabedoria coletiva, que pressupõe que a média das opiniões de um grupo de pessoas tem percentual de erros de julgamento clínico reduzido se comparado ao de uma única pessoa, ainda que esta tenha elevado nível de expertise.

Os cinco diferentes níveis de proficiência – novato; iniciante avançado; competente; proficiente; expert – são decorrentes do grau de desenvolvimento e aquisição de habilidades que os permite abstrair os diferentes contextos vivenciados em sua experiência prévia (BENNER, 1982).

Novatos não têm experiência prática, e seu julgamento é baseado em situações objetivas que necessitem essencialmente de conhecimento teórico. Os iniciantes avançados têm pouca experiência prática nas situações que exigem ação, costumam seguir manuais e protocolos para atender as necessidades atuais dos pacientes, e aceitam a opinião de profissionais mais experientes. Enfermeiros competentes têm de dois a três anos de experiência, e sua prática é reflexiva e preocupada com as repercussões futuras do processo de

cuidar de todos os pacientes pelos quais são responsáveis. Essa compreensão holística aprimora a sua tomada de decisão (BENNER, 1982).

A prática continuada do enfermeiro competente proporciona o seu aprimoramento em proficiente. Esse quarto nível é característico de profissionais que percebem situações como um todo, e utilizam sua profunda compreensão e experiência prévia para abstrair situações apresentadas pelo paciente e tomar a decisão mais adequada à circunstância. Já os experts são dotados de profunda compreensão intuitiva decorrente de sua vasta experiência, não necessitam considerar todas as variáveis irrelevantes, conseguem gerenciar mecanismos assistenciais complexos simultaneamente (BENNER, 1982).

A fase seguinte é a validação clínica do diagnóstico, que consiste em investigar a existência dos indicadores clínicos e fatores etiológicos encontrados na etapa teórica e considerados válidos na análise dos juízes em representantes da população alvo, em um ambiente clínico real. Nesta etapa, devem ser definidos claramente as questões de pesquisa, a população alvo, o desenho metodológico e os procedimentos estatísticos adotados (LOPES; SILVA, 2016).

A validade de construto clínico presume que as respostas humanas evidenciadas nos diagnósticos de enfermagem nem sempre são passiveis de observação direta. Este é o caso da Rede social de apoio ineficaz, um conceito abstrato de caráter psicossocial relacionado à pessoa e coletividades humanas. Nesses casos os testes diagnósticos de cada indicador clínico em relação à presença ou ausência própria e do diagnóstico permite a definição de sua sensibilidade e especificidade. A análise de classe latente, como método de validade de construto diagnóstico, possibilita estabelecer medidas de acurácia diagnóstica a partir de um banco de dados composto pela presença ou ausência dos indicadores clínicos em cada indivíduo da amostra estudada (LOPES; SILVA, 2016).

A taxonomia II da NANDA-I determina que um diagnóstico necessita ter, além do título, uma definição baseada em evidências e uma lista de características definidoras e de fatores relacionados – no caso de diagnósticos de risco, uma lista de fatores de risco. Portanto, é uma terminologia bem mais complexa que uma simples lista de termos e suas definições (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Para construção do título, são combinados os eixos. O eixo foco diagnóstico (Eixo 1) é o primeiro a ser definido, posteriormente o eixo julgamento (Eixo 3), que em alguns casos está contido no próprio foco, como em “Fadiga”. O sujeito do diagnóstico (Eixo 2) deve ser especificado apenas quando for diferente de “indivíduo”. Os demais eixos podem ser

adicionados a fim de fornecer mais detalhes, no entanto, não são obrigatórios (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Enfermeiros de todas as partes do mundo podem submeter diagnósticos novos ou revisados ao *Diagnosis Development Comittee* (DDC) da NANDA-I, que designa um membro para acompanhar de perto todo o processo de apreciação do diagnóstico, e ser o elo entre o comitê e o enfermeiro ou grupo que desenvolveu a pesquisa (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Essa abertura encoraja os enfermeiros a desenvolver diagnósticos relativos a fenômenos de enfermagem pertinentes à sua prática, e que ainda não estão contemplados na taxonomia — caso da Rede social de apoio ineficaz — para inclusão.

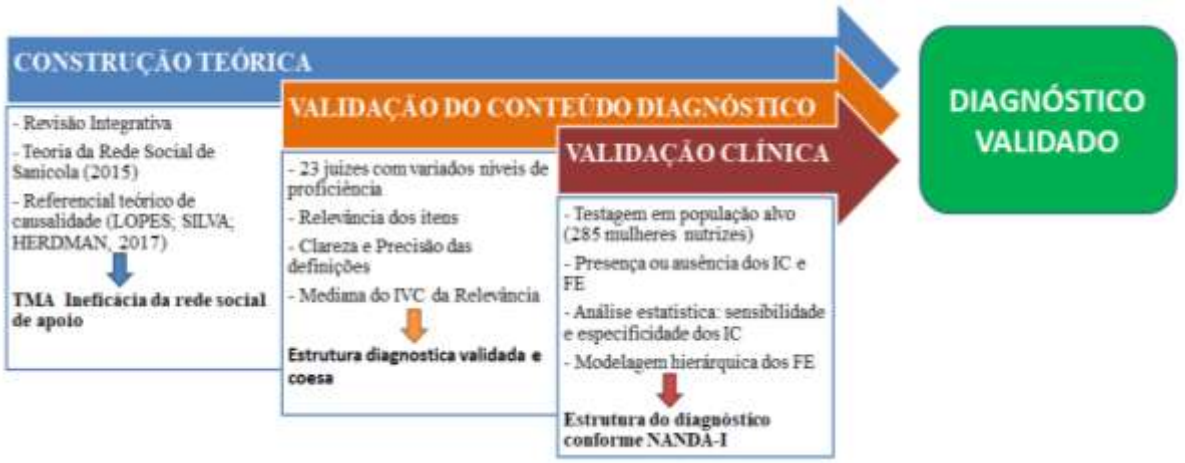
5 MÉTODO

5.1 Tipo de estudo

Estudo metodológico constituído por três fases (LOPES; SILVA, 2016). A primeira fase foi a construção de uma Teoria de Médio Alcance sobre Rede social de apoio ineficaz, com o objetivo de embasar a estrutura diagnóstica e estabelecer as relações entre os seus componentes. A partir da teoria, foram obtidos os fatores etiológicos e indicadores clínicos do diagnóstico Rede social de apoio ineficaz, assim como suas definições conceituais e operacionais.

Na segunda fase do estudo, os fatores etiológicos e indicadores clínicos foram submetidos à validação por juízes especialistas. E, na terceira fase, fatores etiológicos e indicadores clínicos do diagnóstico foram avaliados em população-alvo de mulheres que vivenciam a amamentação (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma do método percorrido para construção do diagnóstico de Enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Recife-PE, 2017-2019.



Fonte: A autora, 2020.

5.2 PRIMEIRA FASE – Construção da teoria de médio alcance Ineficácia da rede social de apoio

A construção da TMA foi realizada em 2017, baseada na abordagem estrutural proposta por Lopes, Silva e Herdman (2017), seguindo seis etapas: definição da abordagem para construção da TMA; definição dos modelos conceituais a serem analisados; definição dos conceitos principais; desenvolvimento do diagrama pictórico; construção das proposições;

estabelecimento das relações causais e evidências para a prática (ROY, 2013; LOPES; SILVA, HERDMAN, 2017).

Etapa 1 - Definição da abordagem para construção da TMA

A teoria Rede Social de Sanicola (2015) vem sendo aplicada nos estudos desenvolvidos no grupo de pesquisa "Enfermagem na Saúde da Mulher no Contexto da Família" desde 2011 (MONTE, 2012; ANGELO, 2014; COSTA, 2014; ALBUQUERQUE, 2014; FRANÇA, 2015; OLIVEIRA, 2015; MARTINS, 2017). Nessa experiência com a rede social de mulheres/nutrizes, foi observado que muitas vezes essa rede é subestimada em seu potencial de interferência tanto positiva quanto negativa na prática da amamentação.

Tendo em vista que as teorias de médio alcance proporcionam a compreensão de comportamentos, fenômenos e eventos concretos e específicos na perspectiva da descoberta do que são, porque e como ocorrem (FAWCET, 1999) a TMA Rede social de apoio ineficaz foi elaborada para contribuir com a prática de enfermagem baseada em evidência, inclusive na construção e validação de um novo diagnóstico de enfermagem referente a esta temática.

A construção da TMA preditiva foi norteada pela Teoria de Rede Social de Sanicola (2015) e por estudos provenientes de revisão integrativa da literatura, cujos resultados foram analisados à luz de modelos de causalidade (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2017).

Etapa 2 - Definição dos modelos conceituais

Nesta etapa, devem ser decididos quais modelos conceituais serão observados para construção da TMA. Neste estudo, foi incluída a Teoria de Rede social de Sanicola (2015), advinda das ciências sociais, associada à interpretação de estudos preexistentes na temática da rede social, encontrados a partir da busca na revisão integrativa de literatura. Esses conceitos foram organizados, considerando sua relação de causalidade segundo a estrutura proposta por Lopes, Silva e Herdman (2017) para a construção da TMA, a qual visa estabelecer relações precisas entre os conceitos e, assim, fundamentar os conhecimentos originados das pesquisas, de forma integrada a prática.

Etapa 3 - Definição dos conceitos principais

Os conceitos principais de uma teoria de médio alcance devem ser o mais discretos e observáveis possível, conquanto sejam também generalizáveis para diferentes situações clínicas à mesma proporção do alcance da teoria (ROY, 2013).

Como a TMA foi desenvolvida para dar embasamento à construção do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz, os principais conceitos definidos foram, na perspectiva das relações causais: fatores etiológicos e indicadores clínicos desse diagnóstico.

A definição dos conceitos principais desta teoria foi apoiada numa revisão integrativa da literatura, a qual também forneceu suporte para o desenvolvimento do primeiro e segundo passos — definição da abordagem para construção da TMA e definição dos modelos conceituais a serem analisados.

Nesta etapa, foram construídas as definições conceituais e operacionais dos fatores etiológicos e indicadores clínicos, e, para tanto, recorreu-se a livros-texto, dicionários, teses e dissertações além das publicações encontradas através do método científico da revisão.

Revisão integrativa da literatura

A revisão integrativa é um método que busca aprofundar o entendimento sobre determinado fenômeno a partir de conhecimentos anteriores (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Por permitir a análise e síntese de estudos com diversos delineamentos metodológicos, examinando dados teóricos e empíricos (WHITTEMORE; KNAFL, 2005) proporciona uma compreensão aprofundada do fenômeno estudado. Os resultados da revisão integrativa da literatura contribuem para a identificação de evidências científicas sobre fatores etiológicos e indicadores clínicos do conceito em estudo, permitindo a sistematização dos mesmos em um modelo de causalidade que facilite a compreensão das inter-relações existentes. Esse método figura como a etapa inicial do processo de validação de diagnósticos de enfermagem (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009). Neste estudo, foi utilizado o método de revisão integrativa da literatura proposto por Whittemore e Knafl (2005), e desenvolvido mediante seis passos, a saber:

a) Primeiro passo: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa

As questões de pesquisa construídas possibilitaram a obtenção dos dados em categorias que responderam ao interesse da análise. Foram elas:

- Quais os indicadores clínicos de Rede social de apoio ineficaz?
- Como os indicadores clínicos de rede social de apoio ineficaz encontrados podem ser definidos e mensurados?
- Quais fatores estão relacionados à origem da Rede social de apoio ineficaz?
- Como se estabelecem as relações entre os fatores etiológicos e os indicadores clínicos da rede social de apoio ineficaz?

b) Segundo passo: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura

Os critérios de inclusão definidos foram: estudos completos disponíveis na íntegra em português, inglês e espanhol; estudos que abordem a temática rede social de apoio ineficaz; estudos que respondam às questões norteadoras construídas. Foram excluídos editoriais e cartas ao leitor. Não foram considerados como critérios de exclusão teses e dissertações, pois elas poderiam conter indicadores relevantes para a construção da TMA.

A busca e a seleção dos estudos incluídos na revisão foram realizadas simultaneamente por dois revisores independentes (POLIT; BECK, 2006), seguindo o protocolo de revisão integrativa previamente estabelecido (APÊNDICE A).

Os descritores desta revisão e os seus correspondentes no MeSH estão listados no quadro 1. O cruzamento dos descritores para busca nas bases de dados ocorreu da seguinte forma: entre os descritores Rede Social / Redes Sociais/ Apoio Social / Redes de Apoio Social utilizou-se o operador booleano "OR", e estes foram cruzados com o termo "ineficaz" empregando o operador booleano "AND". A busca desses descritores, bem como seus correspondentes em inglês e espanhol, foi realizada nas bases de dados CUIDEN, BDENF, Lilacs; e na biblioteca SciELO. Na busca nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, Scopus, SocINDEXe Web of Science, e nas bibliotecas Cochrane e Wiley Online Library foi feito o cruzamento dos MeSH Terms Social Network OR Social Networks OR Social Support AND Ineffective.

Quadro 1 Descritores utilizados na revisão integrativa da literatura.

Descritores DeCS	**Correspondentes MeSH**
Rede Social / Redes Sociais Apoio Social / Redes de Apoio Social Ineficaz	Social Network / Social Networks Social Support Ineffective

Fonte: a autora, 2017.

Após o cruzamento dos descritores nas bases, identificou-se 2226 publicações, cujos títulos e resumos foram lidos, e 170 estudos selecionados para leitura na íntegra. Quando os títulos e resumos das publicações não proporcionaram clareza para a seleção, estas foram lidas na íntegra. Depois da busca independente de cada pesquisador, foram realizadas reuniões para discussão sobre as divergências encontradas nos resultados, e 40 estudos foram selecionados para compor a amostra.

c) Terceiro passo: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos

Para extração dos dados, aplicou-se o instrumento do estudo de Chaves (2008), adaptado para atender às especificidades da temática do presente estudo (APÊNDICE B). Este instrumento aborda itens referentes à identificação do artigo, referencial teórico/metodológico, atributos e indicadores do conceito, características metodológicas, população alvo, tipo de análise dos dados, resultados, conclusões, implicações para a enfermagem, presença de viés e nível de evidência do estudo.

d) Quarto passo: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Os estudos selecionados foram qualificados de acordo com a classificação proposta por Melnyk e Fineout-Overholt (2011), a qual divide a qualidade das evidências científicas em sete níveis: nível 1, evidências oriundas de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2, derivadas de pelo menos um ensaio clínico controlado randomizado; nível 3 as evidências obtidas a partir de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4, evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5, evidências originadas de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7, evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

Após a classificação do nível de evidência, as publicações foram avaliadas quanto ao rigor metodológico através de instrumento do Critical Appraisal Skills Programme (CASP) (2016) para cada tipo de estudo. O resultado dessa avaliação não constituiu critério único para exclusão de estudos da revisão, uma vez que foi analisado o conjunto da pertinência dos indicadores clínicos encontrados.

e) Quinto passo: Interpretação e discussão dos resultados

Os fatores etiológicos e indicadores da rede social de apoio ineficaz encontrados nos estudos foram agrupados em quadros, para melhor organização desses conceitos e de suas definições conceituais e operacionais.

Além da amostra de estudos encontrados na revisão integrativa da literatura, outras referências contribuíram para a construção das definições conceituais e operacionais dos indicadores clínicos e fatores relacionados. Também foram apreciados artigos científicos e

livros da área de psicologia, sociologia, antropologia, dicionários especializados da área de saúde e dicionários da língua portuguesa bem como estudos advindos da literatura cinzenta.

Esta revisão possibilitou o encontro e o estabelecimento de definições conceituais e operacionais que serviram como sustentáculo para o seguimento das etapas 4, 5 e 6 de construção da Teoria de Médio Alcance. Os resultados foram interpretados e discutidos na TMA.

f) Sexto passo: Apresentação da revisão.

A apresentação dos dados dessa revisão consiste na própria Teoria de Médio Alcance, a qual foi desenvolvida com base nos fatores etiológicos e indicadores clínicos, sendo estabelecidas relações de causalidade entre eles.

Etapa 4 - Desenvolvimento do diagrama pictórico

Os conceitos fundamentais da teoria devem ser representados em um esquema pictorial que os retrate de forma inter-relacionada (ROY, 2013). Para facilitar o entendimento das relações causais entre os conceitos que emergiram na revisão integrativa da literatura, foi construída uma figura capaz de representar a inter-relação entre os fatores etiológicos e indicadores clínicos do diagnóstico.

Os fatores etiológicos e indicadores clínicos encontrados na revisão da literatura foram reunidos em grupos que conferiram melhor capacidade de representação esquemática. Os indicadores clínicos foram divididos em sete grupos conforme semelhança de assuntos. Para os fatores etiológicos, foi realizado o agrupamento temático, sendo atribuído um título a cada grupo; nos casos em que não houve semelhança no conteúdo dos fatores para agrupá-los, estes foram colocados isoladamente. Após esse agrupamento, foi realizada a classificação hierárquica dos grupos de fatores, obedecendo o modelo epidemiológico da Rede de causas (PEREIRA, 2008) dispondo-os em proximais, intermediários e distais. Esta ordenação foi determinada teoricamente pela capacidade dos fatores etiológicos determinarem o diagnóstico, com base nas suas definições e experiência das pesquisadoras, seguindo os padrões da epidemiologia para hierarquia causal (VICTORA *et al.*, 1997).

Fatores distais raramente são determinantes diretos da doença ou problema, no entanto, agem juntamente com outros fatores, denominados intermediários. Os fatores proximais, por sua vez, exercem efeito direto no desfecho (VICTORA *et al.*, 1997; PEREIRA, 2008).

A representação pictorial foi construída a partir do mapa mínimo de rede de Sluzki (1997), o qual é composto por quatro quadrantes representativos das relações sociais

estabelecidas com família, amizades, trabalho/escola, e relações comunitárias, sendo estas últimas subdivididas em relações com sistemas de saúde e agências sociais. Interseccionando os quadrantes, três círculos concêntricos representam a proximidade das relações. No interno devem ser representadas as mais íntimas, no intermediário as sociais e profissionais, e no externo as relações ocasionais (Figura 2).

Figura 2 - Mapa mínimo de rede proposto por Sluzki (1997).

Fonte: Sluzki, 1997.

Etapa 5 - Construção das proposições

Os conceitos da teoria devem ser explicitados em enunciados ou proposições teóricas (ROY, 2013). Proposições são princípios teóricos para a prática que podem ser testados em pesquisa (PETERSON; BREDOW, 2009). Tendo em vista que o propósito da teoria é a pesquisa e a finalidade da pesquisa é a teoria – mas o objetivo de ambas é a prática – as proposições foram construídas de forma a organizar o conhecimento produzido e embasar o estabelecimento das relações causais na etapa seguinte.

As proposições foram construídas a partir da leitura exaustiva dos conceitos definidos na revisão integrativa da literatura — na etapa 3 — tendo sido estabelecida uma relação teórica e de integração entre eles. Nessa relação, foram usados os conceitos da Teoria de Rede Social de Sanicola (2015), e a articulação entre os achados da revisão e a prática da Enfermagem com base na experiência científica e assistencial da equipe de pesquisa, que permitiu verificar a distribuição dos conceitos teóricos nas dimensões Pessoa, Membros da rede, Configuração da rede e Externos.

Etapa 6 - Estabelecimento das relações causais e evidências para a prática

O objetivo das teorias de médio alcance é impactar a prática, portanto, os resultados de pesquisas que fornecem evidências para apoiar a nova TMA devem ser descritos, e nas teorias preditivas deve estar baseado nas relações de causalidade (ROY, 2013; LOPES; SILVA; HERDMAN, 2017).

Para cada causalidade estabelecida foram descritas as inter-relações entre os fatores que justificam o diagnóstico. As relações podem subsidiar o entendimento da aplicação na prática clínica. O modelo epidemiológico de Rede de causas foi utilizado, uma vez que representa a natureza multicausal dos agravos de saúde (PEREIRA, 2008).

De acordo com este modelo, as causas foram classificadas em proximais, intermediárias e distais – adotando como critério de classificação a distância entre estas e os indicadores clínicos. Estes indicadores foram entendidos como consequência dos diversos fatores etiológicos que se relacionam em cadeias de acontecimentos formando uma rede de causas que pode ser representada graficamente no diagrama pictórico da TMA (VICTORA *et al.*, 1997; PEREIRA, 2008).

A classificação hierárquica dos fatores proximais, intermediários e distais tem o potencial de facilitar o entendimento dessas relações e o processo de validação clínica dos fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz.

5.3 SEGUNDA FASE – Análise do conteúdo diagnóstico por juízes

Este tipo de análise tem o objetivo verificar com juízes a relevância dos fatores etiológicos e indicadores clínicos como componentes de certo diagnóstico de enfermagem, a clareza e precisão das definições conceituais e operacionais desses elementos, bem como a própria definição do diagnóstico. Esta fase seguiu o método de validação de diagnósticos proposto por Lopes e Silva (2016).

A determinação dos juízes participantes dessa etapa foi baseada na abordagem da sabedoria coletiva, em que enfermeiros com variados níveis de proficiência participaram da avaliação, e tiveram suas respostas ponderadas pelo grau de expertise. Este foi definido pela classificação de Benner, Tanner e Chesla (2009) que os distribui em cinco níveis, desde novato até expert.

De acordo com a abordagem da sabedoria coletiva, todos estão sujeitos a cometer erros, independentemente do nível de expertise, e o julgamento coletivo obtém resultados mais assertivos que o individual desde que as avaliações ocorram de forma independente (YI *et al.*, 2012; LOPES; SILVA, 2016).

5.3.1 Seleção dos juízes

A amostra calculada baseou-se na estimativa do cálculo da média das avaliações (IVC) para cada elemento a ser analisado. Foi considerado nível de confiança (Z1-α/2) de 95%, desvio-padrão (S) de 0,17 e um erro amostral (e) de 0,07. Assim, solucionando a fórmula:

$$n_0 = \left(\frac{Z_{1-\alpha/2} \cdot S}{e}\right)^2$$

a amostra totalizou 23 juízes. Para escolha dos juízes, foram estabelecidos parâmetros levando em consideração aspectos relevantes desta pesquisa, para garantir que estes tenham conhecimento, habilidade e experiência necessários para analisar os termos propostos (JASPER, 1994).

Os critérios para seleção dos juízes foram estabelecidos pela autora junto às orientadoras, tendo como referência Benner, Tanner e Chesla (2009) foram: 1) Ter experiência clínica e/ou de pesquisa em rede social e/ou diagnósticos de enfermagem, definida por no mínimo dois anos de experiência em atividade assistencial direta ao cliente, família e comunidade, utilizando diagnósticos de enfermagem; e/ou que publicaram ao menos dois trabalhos acadêmicos (artigos/resumos publicados em anais de congressos/apresentações de trabalhos/palestras/livros) na temática da rede social e/ou diagnósticos de enfermagem; 2) Ser enfermeiro com titulação mínima de mestre ou estar cursando mestrado ou doutorado na temática diagnósticos de enfermagem e/ou rede social de apoio. Foram incluídos juízes que atenderam obrigatoriamente pelo menos um dos itens. Os juízes que não devolveram o instrumento no prazo estabelecido de 15 dias, ou o fizeram com erros de preenchimento foram excluídos.

A captação dos juízes ocorreu por meio de busca de currículos na plataforma Lattes, na busca avançada de currículos, nas bases de doutores e demais pesquisadores, procurando os termos rede social e diagnóstico de enfermagem. Também foram identificados outros juízes a partir de indicação dos juízes participantes dessa etapa da pesquisa.

A busca realizada na plataforma Lattes, na biblioteca digital de teses e dissertações e no círculo social do grupo de pesquisa, possibilitaram o envio de instrumentos para 44 juízes. Com a indicação de novos juízes através da amostragem bola de neve, foram encaminhados instrumentos para mais 36 juízes, totalizando 80 formulários enviados.

5.3.2 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados (APÊNDICE C) foi construído utilizando os indicadores clínicos e fatores etiológicos identificados na TMA. A parte inicial do instrumento foi composta de uma apresentação do estudo, e de instruções para o seu adequado preenchimento. A seguir, as perguntas sobre sexo, idade, cidade em que trabalha, titulação e área do conhecimento, ocupação atual e tempo de formação profissional, produção científica e experiência profissional docente e/ou assistencial nas temáticas diagnósticos de enfermagem e/ou rede social.

Na segunda parte do instrumento, foram apresentadas questões sobre a adequação do título, a definição do diagnóstico e a sua posição quanto ao domínio e a classe na taxonomia da NANDA-I. Na terceira parte, os 27 indicadores clínicos e os 32 fatores etiológicos identificados na TMA, com suas respectivas definições conceituais e operacionais. Para o julgamento da relevância, utilizou-se escala de Likert com cinco pontos: 1 – Totalmente irrelevante; 2 – Pouco relevante; 3 – Parcialmente relevante; 4 – Muito relevante; 5 – Totalmente relevante. Nos quesitos referentes a clareza e precisão das definições conceituais e operacionais, em cada um deles foi acrescentado espaço para sugestões ou outras considerações dos juízes.

A relevância analisa se de fato cada item é importante para o instrumento. A precisão significa que o item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens que cobrem o mesmo contínuo. A clareza representa a inteligibilidade do item, que corresponde a sua capacidade de ser compreendido até pelo estrato mais baixo da população — para tanto, aprecia a presença de estruturas linguísticas complexas ou vocabulário pouco frequente (PASQUALI, 1999).

Ao final da listagem dos indicadores clínicos, foi acrescentado um item contendo todos os indicadores clínicos, para que os juízes julgassem sua relevância em conjunto. O mesmo foi feito ao final dos fatores etiológicos.

5.3.3 Procedimento para coleta de dados

Os juízes selecionados foram contatados via correio eletrônico no qual foi enviada uma carta convite para participar do estudo. Os que responderam o contato concordando em participar, receberam Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), que deveria ser assinado, e o instrumento da validação. Este deveria ser respondido e reencaminhado num prazo de 15 dias. Após o fim do prazo, o juiz era contatado novamente,

sendo oferecido um novo prazo de 15 dias, e, caso não houvesse devolução do instrumento preenchido, este era substituído por outro juiz.

5.3.4 Análise dos dados

Os dados obtidos foram digitados em uma planilha do programa Microsoft Office Excel 2010 e analisados com o programa SPSS versão 21 e o software R versão 3.2.0. A análise descritiva incluiu o cálculo de frequências e intervalos de confiança de 95% para variáveis nominais. Variáveis quantitativas foram apresentadas conforme média, mediana, desvio-padrão e intervalo interquartílico. O teste de Shapiro-Wilk foi aplicado para verificação da aderência dos dados à distribuição normal.

O nível de expertise dos juízes foi determinado com base nos critérios de Benner, Tanner e Chesla (2009), que os classificam em cinco níveis: 1 – novato; 2 – iniciante avançado; 3 – competente; 4 – proficiente; 5 – expert. A distribuição dos critérios em pontuação seguiu modelo semelhante ao estudo de Diniz (2017).

Para Benner, Tanner e Chesla (2009), um profissional novato tem pouca experiência prática, e seu julgamento é baseado no conhecimento teórico, devido a sua incapacidade de julgamento discricionário, são mais adeptos a seguir regras livres de contexto. O iniciante avançado já lidou com algumas experiências reais que contribuem para seu julgamento, no entanto ainda está construindo a capacidade de definir prioridades. O competente tem pelo menos dois ou três anos de experiência prática, e desenvolve suas estratégias baseadas em objetivos de longo alcance. O enfermeiro proficiente percebe as situações como um todo, e define as prioridades com maior facilidade. O expert tem vasta experiência, que o instrumentaliza na tomada de decisão a partir de compreensão precisa da situação clínica apresentada (BENNER; TANNER; CHESLA, 2009).

O critério experiência prática envolveu tanto o tempo de experiência assistencial como docência com rede social e/ou diagnósticos de enfermagem O critério experiência acadêmica foi composto por participação em grupo de pesquisa sobre a temática Rede social ou terminologias de enfermagem; e conhecimento científico, dividido em titulação; área temática do trabalho da maior titulação ser ou não relacionada a rede social ou classificação de enfermagem, e ter produção científica em diagnósticos de enfermagem e/ou Rede social (QUADRO 2).

Quadro 2 Parâmetros para classificação dos juízes quanto ao nível de expertise de Benner, Tanner e Chesla (2009). Adaptado de Diniz, 2017.

Pontuação	**Experiência Prática**	**Experiência Acadêmica**			
		Conhecimento Científico (Z)			
	Tempo de Prática* (X)	Tempo Grupo de Pesquisa* (Y)	Titulação (Z1)	Titulação DE e/ou RS (Z2)	Prod. Científica DE e/ou RS (Z3)
0	-	-	Graduado	Não	Não
1	0-6	0-3	Especialista	Sim	Sim
2	7-12	4-6	Mestre	-	-
3	13-18	7-9	Doutor	-	-
4	19-25	10-12	-	-	-
5	26 -32	13-15	-	-	-

Legenda: *em anos; DE: diagnóstico de enfermagem; RS: Rede Social.
Nível de Expertise = Somatório das pontuações obtidas nas colunas X, Y e Z dividido por 3.

Fonte: DINIZ, 2017 (Adaptado).

Os dados referentes à validade de conteúdo dos componentes do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz foram analisados pelo cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) com base no modelo da diversidade preditiva, e a avaliação dos juízes foi ponderada por seu nível de expertise. Uma vez que as estimativas do IVC não aderiram à distribuição normal com aplicação do teste de Shapiro-Wilk, optou-se por utilizar estimativas ponderadas da mediana das avaliações tendo-se como valor de referência um IVC 0,9. Todos os indicadores clínicos e fatores etiológicos com valores da mediana do IVC abaixo de 0,9 foram excluídos nesta fase do estudo.

5.4 TERCEIRA FASE – Validação clínica

Nesta fase foi empregado o método proposto por Lopes e Silva (2016) para análise da acurácia de indicadores clínicos e modelagem hierárquica para fatores etiológicos. Embora a rede social seja importante nos mais diversos processos vitais das pessoas, neste estudo, a validação clínica do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz foi realizada com mulheres que vivenciam o processo de amamentação. Essa escolha se deu pelo fato do grupo de pesquisa “Enfermagem na Saúde da Mulher no Contexto da Família” já estar desenvolvendo estudos na temática de rede social da mulher/nutriz, as quais são potencialmente afetadas por uma rede social de apoio ineficaz.

5.4.1 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no Distrito Sanitário IV, situado no município de Recife, capital do estado de Pernambuco, Brasil. Esta cidade possui 94 bairros distribuídos em seis

regiões político-administrativas, e em oito distritos sanitários. O Distrito Sanitário IV constitui área de atuação da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e possui a maior concentração populacional do município, aproximadamente 300 mil habitantes com características heterogêneas, onde se espera que os participantes representem a população alvo do estudo (RECIFE, 2018).

O Distrito Sanitário IV compreende 12 bairros (Caxangá, Cidade Universitária, Cordeiro, Engenho do Meio, Ilha do Retiro, Iputinga, Madalena, Prado, Torre, Torrões, Várzea e Zumbi), apresenta 19 Unidades de Saúde da Família (USF) e é dividido em quatro territórios de saúde, num total de 39 Equipes de Saúde da Família (ESF) (RECIFE, 2018).

5.4.2 População e amostra

As participantes do estudo foram mulheres que estavam vivenciando a amamentação entre 30 a 60 dias de vida do bebê. Nos primeiros 30 dias ocorre a adaptação da mulher/nutriz e sua rede social às novas necessidades de apoio. Assim, após ter vivenciado esse momento inicial, as mulheres já estavam aptas a responder a entrevista quanto aos indicadores clínicos e fatores etiológicos elencados na teoria de médio alcance.

A rede social envolve outras pessoas e instituições, que são seus contatos interpessoais. No entanto, os resultados da interação social se refletem na pessoa a quem se presta o cuidado, portanto, é necessária uma abordagem inicial a ela própria (HUPCEY, 1998).

A amostragem para verificação da acurácia dos indicadores clínicos foi naturalística, na qual um conjunto de elementos de uma população é verificado quanto à presença ou ausência de características de interesse do pesquisador (BORENSTEIN, 1994; ZHOU; OBUCHOWSKI; McCLISH, 2002). Todas as participantes foram avaliadas quanto à presença dos indicadores clínicos e fatores etiológicos do diagnóstico. Presume-se que essa amostra incluiu a representação de todos os espectros do diagnóstico em questão.

O tamanho amostral foi definido pela quantidade de 15 participantes para cada um dos 19 indicadores clínicos identificados na teoria de médio alcance e considerados válidos pelos juízes (SWANSON *et al*., 2012). Perfazendo um total de 285 mulheres/nutrizes.

Os critérios de inclusão foram: mulheres/nutrizes cadastradas nas unidades de saúde da família do DS IV, com experiência de amamentação do seu filho mais novo por pelo menos 30 dias, cujos filhos tinham idade de no máximo 60 dias. Como critério de exclusão, mulheres impedidas de amamentar por questões de saúde delas ou dos seus filhos não participaram do estudo.

5.4.3 Instrumento de coleta de dados

O instrumento (APÊNDICE E) foi composto por três partes: a primeira referente às características socioeconômicas das participantes; a segunda, aos fatores etiológicos; a terceira, aos indicadores clínicos construídos a partir da teoria de médio alcance e considerados relevantes pelos juízes. Tendo em vista o caráter psicossocial dos fatores etiológicos e indicadores clínicos deste diagnóstico, foram construídas perguntas para cada um deles, de forma a garantir que, em formato de entrevista, pudesse extrair as informações necessárias para classificá-los como presente ou ausente. Ao final do instrumento, as definições de todos os indicadores clínicos e fatores etiológicos estava apresentada, para embasar o julgamento da presença ou ausência de cada um deles nas mulheres entrevistadas.

5.4.4 Procedimento de coleta de dados

Os enfermeiros das Equipes de Saúde da Família (ESF) do Distrito Sanitário IV foram contatados. No encontro inicial foi realizada uma explanação sobre a pesquisa, objetivos e método, e os enfermeiros identificaram quais mulheres/nutrizes se encaixavam nos critérios de inclusão. Posteriormente, foi acertado o melhor momento para coleta de dados, no qual a mulher deveria comparecer na unidade de saúde.

No dia estabelecido pela equipe da unidade e a pesquisadora para coleta de dados, cada mulher/nutriz foi abordada individualmente na sala de espera. Neste momento, foi realizada a apresentação pessoal da pesquisadora como vinculada à UFPE, e explicação sobre a pesquisa. Posteriormente, a mulher era inquirida sobre a idade da criança e a situação da amamentação, para confirmação dos critérios de inclusão. Assim que os critérios eram confirmados, a mulher era convidada a participar como voluntária da pesquisa. Caso concordasse, era conduzida para um local reservado dentro da própria unidade de saúde, para realização da coleta de dados por meio da técnica de entrevista individual, a partir da qual foi preenchido o instrumento.

Antes da entrevista, as mulheres maiores de 18 anos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE G); as menores de 18 anos assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F), e os seus responsáveis o termo de Consentimento Livre e Esclarecido do responsável legal (APÊNDICE H). Todos eles foram assinados em duas vias, a primeira ficou com as participantes, e a segunda foi mantida com a equipe de pesquisa.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro a junho de 2019. Duas integrantes do grupo de pesquisa “Enfermagem na saúde da mulher no contexto da família” foram capacitadas para participar na coleta de dados. A capacitação ocorreu em quatro encontros de aproximadamente uma hora cada, para conhecimento do instrumento de coleta de dados, discussão de termos próprios da pesquisa e do protocolo de coleta de dados da validação clínica (APÊNDICE I), além de como as mulheres deveriam ser abordadas. Uma via deste protocolo foi entregue a cada uma delas. Durante o período de coleta de dados, aconteciam encontros semanais para alinhamento de condutas com as duas alunas capacitadas.

5.4.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram digitados em uma planilha do software Microsoft Office Excel 2010 e analisados no software estatístico R versão 3.2.0. Foram verificadas a sensibilidade e a especificidade dos indicadores clínicos. Sensibilidade representa a probabilidade de identificar corretamente a presença de um indicador clínico em pacientes com o diagnóstico de enfermagem. Especificidade é a probabilidade de identificar corretamente a ausência de um indicador clínico em pacientes sem o diagnóstico de enfermagem (LOPES; SILVA, 2016).

A sensibilidade e a especificidade de cada indicador clínico foram quantificadas pelo método de análise de classes latentes. Este método de análise supõe que uma variável latente (diagnóstico de enfermagem) determina as associações entre as variáveis observáveis (indicadores clínicos). Foi adotado o modelo de duas classes latentes para determinar a prevalência do diagnóstico, e a especificidade e a sensibilidade com os respectivos intervalos de confiança de 95%.

Inicialmente, um modelo saturado contendo todos os indicadores clínicos avaliados na amostra foi submetido a ajuste. Em cada tentativa de ajuste, foram observados os valores dos intervalos de confiança para sensibilidade e especificidade inferiores a 0,5, os quais foram excluídos sequencialmente até que o modelo apresentasse um ajuste adequado ($p>0,05$). Os parâmetros aplicados para verificar a bondade do ajuste do modelo de classe latente foram o teste de razão de verossimilhança (G^2) e a entropia.

As probabilidades posteriores para a ocorrência do diagnóstico Rede social de apoio ineficaz foram calculadas a partir da presença ou ausência de cada indicador clínico incluído no modelo de classe latente ajustado. Após a verificação dessas probabilidades posteriores, foi criada uma nova variável que representou a presença ou ausência do diagnóstico de acordo

com a probabilidade calculada, considerando o diagnóstico presente quando esta probabilidade era superior a 0,5.

Para a análise dos fatores etiológicos criou-se um modelo de regressão logística hierárquica, no qual a variável dependente foi presença ou ausência do diagnóstico, e as variáveis explanatórias foram todos os fatores etiológicos organizados em níveis hierárquicos com base no modelo causal da teoria de médio alcance Ineficácia da rede social de apoio (Figura 3).

Este modelo de regressão foi utilizado para investigar a associação entre os fatores etiológicos e a Rede social de apoio ineficaz. Procedeu-se a análise em conjunto das variáveis do primeiro nível hierárquico, sendo excluídas sucessivamente, as variáveis com significância igual ou superior a 0,20. Posteriormente, introduziram-se sucessivamente ao modelo todas as variáveis do segundo e terceiro nível hierárquico, com a exclusão progressiva dos fatores com $p \geq 0,20$.

Para controle de possíveis fatores de confusão, foram mantidas no modelo as variáveis com $p < 0,20$ em cada nível hierárquico, e consideradas significantes no modelo final as variáveis com valor de $p < 0,05$ a partir da aplicação do teste z. Além disso, foram estimadas as *Odds Ratio* ajustadas e respectivos intervalos de 95% de confiança.

Figura 3 - Modelo hierárquico da Rede social de apoio ineficaz.

Fonte: A autora, 2017.

5.5 Aspectos éticos

O estudo seguiu os preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (ANEXO A) parecer número 2.199.768/2017 e anuência do órgão competente da Prefeitura da Cidade do Recife (ANEXO B). As mulheres menores de 18 anos assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido após concordarem participar do estudo (APÊNDICE F). Os responsáveis pelas mulheres/nutrizes menores de 18 anos e os demais participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES D, G e H).

6 RESULTADOS

6.1 Teoria de médio alcance

A construção da teoria de médio alcance foi conduzida por uma revisão integrativa da literatura, na qual 40 artigos científicos compuseram a amostra final. A maioria (n=25) era estudos qualitativos, outros seis, estudos quantitativos transversais. Das seis revisões selecionadas, duas foram sistemáticas, duas análises de conceito, uma integrativa e uma narrativa. Ainda integraram a amostra duas reflexões teóricas e um relato de experiência.

A distribuição geográfica dos estudos concentrou-se no Brasil (14) e nos EUA (13). Quatro estudos foram realizados no Canadá, três no Reino Unido, dois na Austrália; Nova Zelândia, África do Sul, Chile e França apresentaram um estudo cada. O idioma predominante foi o inglês, (26 estudos), e o português (14).

A enfermagem foi a área de formação de 25 dos autores principais dos artigos, seguido de psicologia, com sete autores, três eram sociólogos, dois da área de comunicação, dois da área médica e um de antropologia social. O artigo com publicação mais antiga data de 1984, e os dois mais atuais são do ano 2016. Apenas três publicações são anteriores ao ano 2000; 14 entre os anos 2000 e 2010; 23 após 2010, sendo três em 2011, quatro em 2012, uma em 2013, sete em 2014, seis em 2015 e duas em 2016.

Grande parte dos estudos (32) apresentou nível de evidência 6 segundo a classificação de Melnyk e Fineout-Overholt (2011); quatro foram classificados como nível 5 e outros quatro como nível 7. Quanto ao rigor metodológico de acordo com o CASP (2016), 36 estudos obtiveram escore igual ou superior a 8, recebendo classificação A. Um estudo alcançou o escore 3, e três estudos não puderam ser avaliados, um por ser relato, e dois por serem reflexões teóricas. Todos eles foram incluídos na amostra. Os artigos em geral abordaram aspectos tanto das redes sociais primárias quanto das redes sociais secundárias; três artigos enfatizaram apenas as redes primárias, e um somente as secundárias.

A situação apresentada pela pessoa a partir da qual as redes foram analisadas foi diversificada. Doze estudos evidenciaram as redes a partir do familiar cuidador (NEUFELD; HARRISON, 2003; HUBERT, 2006; NEUFELD *et al.*, 2007; DI PRIMIO *et al.*, 2010; WONG *et al.*, 2010; SHULER, 2011; SANCHEZ; FERREIRA, 2012; ARAUJO *et al.*, 2013; POLITA; TACLA, 2014; WITTENBERG-LYLES *et al.*, 2014; ALVARENGA *et al.*, 2015; FLORES-GONZALES; SEGUEL PALMA, 2016) em cinco artigos, as pessoas foram mulheres mães (BALAJI *et al.*, 2007; McINNES; CHAMBERS, 2008; SIMIONI; GEIB,

2008; SCHMIED *et al.*, 2011; CROSS-BARNET *et al.*, 2012); três evidenciaram a maternidade na adolescência (BRAGA *et al.*, 2014; MAZZA *et al.*, 2014; COSTA *et al.*, 2015); cinco, pessoas acometidas por câncer ou doenças crônicas (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2010; ULPH *et al*., 2011; DEFOSSEZ, 2014; SILVA *et al.*, 2014; BROWN; OETZEL, 2016); quatro, idosos institucionalizados ou não (NICHOLSON, 2009; SOUSA; SILVER; GRIEP, 2010; ROOS; MALAN, 2012; SOUZA *et al.*, 2015); dois, pais e mães em situação de necessidade financeira (GOODMAN, 1991; McCONNELL; BREITKREUZ; SAVAGE, 2011); dois, pessoas obesas (ZWICKERT; RIEGER, 2014; CHANG *et al.*, 2015); um, mulheres dependentes químicas (DAVIS, 1997); um, mulheres que denunciaram a violência sofrida (VIEIRA *et al.*, 2015); um, mulheres imigrantes (GURUGE *et al*., 2015); um evidenciou as redes secundárias por meio dos membros de instituições religiosas (ELLISON *et al.*, 2009); em três dos artigos selecionados não foi definido um grupo que apresentasse necessidades específicas para análise das redes (McFARLANE *et al.*, 1984; THOMPSON; ONTAI, 2000; CHENTSOVA-DUTTON, 2012). Com o embasamento dos resultados da revisão, foram identificados nos estudos 28 indicadores clínicos e 32 fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz, que estão descritos nos quadros 2 e 3. Nesses quadros também estão apresentadas as definições conceituais e operacionais para cada um dos indicadores clínicos e fatores etiológicos, assim como as referências utilizadas para a sua construção.

Muitas situações podem levar a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Tais circunstâncias podem estar tanto relacionadas às próprias dimensões da rede — estrutural, funcional e dinâmica — quanto a fatores externos. Assim, alguns dos fatores etiológicos, bem como indicadores clínicos, foram identificados em mais de um estudo, e o número de estudos nos quais eles apareceram está especificado na parte superior direita da apresentação das definições de cada um (Quadro 3).

Quadro 3 Definições dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Recife-PE, 2017. Continua

Baixa densidade da rede social	Nº de estudos 03
Definição Conceitual: Poucas relações estabelecidas entre os demais membros da rede social, independente da pessoa.	
Definição operacional: Relato de que os membros da rede têm poucas relações entre si, sendo muitas vezes o único elo, a pessoa informante. O mapa de rede é representado com escassa quantidade de ligações entre os membros da rede.	
Referências: SANICOLA, Lia. **As dinâmicas de rede e o trabalho social**. São Paulo: Veras Editora, 2015. SLUZKI, Carlos E. **Rede Social Na Prática Sistêmica, alternativas terapêuticas**. Casa do Psicólogo, 1997.	

02	**Rede social de tamanho menor**	Nº de estudos 05
Definição Conceitual: Rede social com número reduzido de integrantes.		
Definição operacional: Descrição de poucas pessoas participantes da rede social, caracterizando a formação de um mapa de rede com poucos membros que são responsáveis por oferecer todo o apoio necessário, em consonância com o atendimento das necessidades da pessoa.		
Referências: SANICOLA, Lia. **As dinâmicas de rede e o trabalho social**. São Paulo: Veras Editora, 2015. SLUZKI, Carlos E. **Rede Social Na Prática Sistêmica, alternativas terapêuticas**. Casa do Psicólogo, 1997.		

03	**Rede social de tamanho maior**	Nº de estudos 01
Definição Conceitual: Rede social com numerosos integrantes.		
Definição operacional: Relato verbal de uma quantidade excessiva de integrantes na rede social do informante, configurando a construção de mapas de rede amplos, com muitos vínculos.		
Referências: SANICOLA, Lia. **As dinâmicas de rede e o trabalho social**. São Paulo: Veras Editora, 2015. SLUZKI, Carlos E. **Rede Social Na Pratica Sistêmica, alternativas terapêuticas**. Casa do Psicólogo, 1997.		

Quadro 3 Definições dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Recife-PE, 2017. Continuação

04	**Comprometimento insuficiente dos profissionais da saúde**	Nº de estudos 05
Definição Conceitual: Compromisso ou envolvimento debilitado/esmaecido e instável por parte dos profissionais da saúde como integrantes da rede social secundária no atendimento às necessidades da pessoa.		
Definição operacional: Narrativa de que os profissionais da saúde não assumem seu papel de integrantes da rede social, e, portanto, de agentes de cuidado; falta de postura acolhedora; sem co-responsabilização pelas necessidades do outro; distanciamento do cuidado comunitário, o qual pressupõe a participação nos problemas sociais da pessoa e família.		
Referências: COSTA, Rachel Franklin da; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; ZEITOUNE, Regina Célia Gollner. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 466-472, 2012. SERAPIONI, Mauro. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 243-253, 2005. SIMIONI, Angelita dos Santos; GEIB, Lorena Teresinha Consalter. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 5, p. 545-551, 2008.		
05	**Impessoalidade nas relações profissional de saúde-paciente**	Nº de estudos 02
Definição Conceitual: Relações entre o profissional da saúde e a pessoa direcionadas por condutas de atendimento padronizadas, que não oferecem tratamento particular e personalizado.		
Definição operacional: A pessoa verbaliza que o profissional da saúde estabelece pouco vínculo e confiança, e não individualiza as condutas às suas necessidades, transmitindo orientações e prestando cuidados padronizados.		
Referências: NORTH, Douglass C. et al. **Violence and social orders: A conceptual framework for interpreting recorded human history**. Cambridge University Press, 2009. VIEIRA, Letícia Becker et al . Apoio à mulher que denuncia o vivido da violência a partir de sua rede social. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 23, n. 5, p. 865-873, Oct. 2015 .		
06	**Práticas intrusivas dos profissionais da saúde**	Nº de estudos 02
Definição Conceitual: Conduta clínica dos profissionais da saúde caracterizada por realização de ações sem ter habilidade e/ou permissão para tal.		

Quadro 3 Definições dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Recife-PE, 2017. Continuação

Definição operacional: Narração de situações nas quais o profissional da saúde desenvolveu ações de forma insensível, indelicada e invasiva; tomada de atitudes sem prévio consentimento da pessoa; realização de ações de cuidado sem priorizar o ensino do autocuidado.		
Referências: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Curitiba: Positivo, 2010. MCINNES, Rhona J.; CHAMBERS, Julie A. Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. **Journal of advanced nursing**, v. 62, n. 4, p. 407-427, 2008.		
07	**Fragilidade da organização dos serviços institucionais em rede**	Nº de estudos 04
Definição Conceitual: Precariedade da interligação entre os diversos serviços institucionais formais e de mercado, de forma a mobilizar seus recursos para alcançar objetivos em comum; falta de integração interinstitucional.		
Definição operacional: Relato de que os serviços – saúde, institucionais formais ou de mercado – não se articulam para resolver de forma integral e definitiva o problema apresentado.		
Referências: SANICOLA, Lia. **As dinâmicas de rede e o trabalho social**. São Paulo: Veras Editora, 2015.		
08	**Déficit de profissionais da saúde**	Nº de estudos 02
Definição Conceitual: Quantidade de profissionais insuficiente para o atendimento adequado às demandas apresentadas pela pessoa e sua rede social.		
Definição operacional: Relato de falta de profissional de determinada especialidade solicitada, ausência de equipe multidisciplinar, ou falta de tempo do profissional para prestar uma assistência conforme preconizado devido à sobrecarga de trabalho.		
Referências: COSTA, Rachel Franklin da; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; ZEITOUNE, Regina Célia Gollner. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 466-472, 2012. FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Curitiba: Positivo, 2010.		
09	**Dificuldades no acesso geográfico aos serviços da rede social secundária**	Nº de estudos 01

Quadro 3 Definições dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Recife-PE, 2017. Continuação

Definição Conceitual: Existência de obstáculos relacionados à localização geográfica que dificultam o deslocamento da pessoa em direção aos serviços, envolvendo distância linear, tempo de locomoção e custos relacionados ao deslocamento.		
Definição operacional: Narração de que o local físico das instituições prestadoras de serviços é, em relação à pessoa, considerado distante, de difícil transporte, e/ou demanda muito tempo ou alto custo para deslocamento.		
Referências: SILVA JÚNIOR, Evanildo Souza da *et al*. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, p. s49-s60, 2010. JESUS, Washington Luiz Abreu de; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 161-170, 2010.		
10	**Alto grau de complexidade das organizações**	Nº de estudos 01
Definição Conceitual: Organizações com alto nível de complexidade, escopo especializado, regras bem definidas concernentes à hierarquização e descentralização da tomada de decisão.		
Definição operacional: Relato de sentimento de distância social e falta de compromisso e familiaridade; desapego e impessoalidade nas relações estabelecidas nas organizações de grande porte. Assim, a pessoa não se sente participante de uma rede contínua de cuidados, ajuda e comunicação. *		
Referências: ELLISON, Christopher G. *et al*. Size, conflict, and opportunities for interaction: Congregational effects on members' anticipated support and negative interaction. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 48, n. 1, p. 1-15, 2009.		
11	**Demanda excessiva de apoio**	Nº de estudos 01
Definição Conceitual: Necessidade de apoio excessiva por parte da pessoa.		
Definição operacional: Relato verbal de que a sua necessidade de apoio é excessiva, podendo chegar a esgotar os recursos materiais disponíveis na rede social.		
Referência: GOODMAN, Lisa A. The relationship between social support and family homelessness: A comparison study of homeless and housed mothers. **Journal of Community Psychology**, v. 19, n. 4, p. 321-332, 1991.		
12	**Receio da pessoa em busca de apoio**	Nº de estudos

Quadro 3 Definições dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Recife-PE, 2017. Continuação

		05
Definição Conceitual: Apreensão, resistência ou decisão de não buscar o apoio necessário junto aos integrantes da rede social.		
Definição operacional: Manifestação de apreensão, resistência ou decisão de não buscar apoio dentre os integrantes da rede social, para impedir incomodá-los ou sobrecarrega-los; evitar sentimentos de dívida, humilhação e dependência; se proteger de contatos com pessoas nocivas.		
Referências: BALAJI, Alexandra B. et al. Social support networks and maternal mental health and well-being. **Journal of Women's Health**, v. 16, n. 10, p. 1386-1396, 2007. BROWN, Dot; OETZEL, John. Men's use of networks to manage communication tensions related to a potential diagnosis of prostate cancer. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 20, p. 106-112, 2016. THOMPSON, Ross A.; ONTAI, Lenna. Striving to do well what comes naturally: Social support, developmental psychopathology, and social policy. **Development and Psychopathology**, v. 12, n. 4, p. 657-675, 2000.		
13	**Desconfiança da competência do outro**	Nº de estudos 02
Definição Conceitual: Falta de confiança na capacidade de um ou mais membros da rede social em prestar apoio.		
Definição operacional: Relato de falta de confiança na capacidade de um ou mais membros da rede em prestar apoio.		
Referências: DEFOSSEZ, Adrien. De l'inefficacité du réseau social–Des liens sociaux non mobilisés chez les patients atteints de cancer. **Bulletin of Sociological Methodology/Bulletin de Méthodologie Sociologique**, v. 121, n. 1, p. 44-58, 2014. FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 5 ed. Curitiba: Positivo, 2010.		
14	**Falta de sociabilidade**	Nº de estudos 06
Definição Conceitual: Falta de habilidade para conviver socialmente e se comunicar com outros indivíduos de forma a gerar empatia e aceitação, e garantir a formação de relacionamentos interpessoais significativos.		
Definição operacional: Relato de dificuldade de conviver em sociedade e se comunicar com outros indivíduos para gerar empatia e aceitação, impedindo que estes sejam apoiadores.		
Referência: VICTOR, Christina; SCAMBLER, Sasha; BOND, John. **The Social World Of Older People: Understanding Loneliness And Social Isolation In Later Life: Understanding Loneliness and Social Isolation in Later Life**. McGraw-Hill Education (UK), 2008.		

Quadro 3 Definições dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Recife-PE, 2017. Continuação

15	**Recusa do apoio**	Nº de estudos 01
Definição Conceitual: Não aceitação do apoio ofertado.		
Definição operacional: Relato de que prefere resolver suas situações sozinho, sem aceitar o apoio oferecido pelos membros da rede, afastando assim uma possível sensação de vulnerabilidade por precisar da ajuda de outros.		
Referências: BRANN, Maria *et al*. Dialectical tensions in stroke survivor relationships. **Health communication**, v. 25, n. 4, p. 323-332, 2010. BROWN, Dot; OETZEL, John. Men's use of networks to manage communication tensions related to a potential diagnosis of prostate cancer. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 20, p. 106-112, 2016.		
16	**Incapacidade de acessar os serviços da rede social secundária**	Nº de estudos 01
Definição Conceitual: Falta de habilidade e autonomia para buscar os serviços prestados nas instituições que formam a rede secundária de forma autônoma e orientada.		
Definição operacional: Relato verbal de falta de habilidade para, por conta própria, acessar adequadamente os serviços prestados nas instituições que formam a rede social secundária.		
Referências: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 5ed. Curitiba: Positivo, 2010. SANICOLA, Lia. **As dinâmicas de rede e o trabalho social**. São Paulo: Veras Editora, 2015.		
17	**Isolamento social**	Nº de estudos 05
Definição Conceitual: Falta de engajamento social, decorrente de poucos contatos sociais, e ausência de senso de pertença social, sendo estas situações percebidas como um estado negativo ou ameaçador.		
Definição operacional: Relato de ter um número reduzido de contatos sociais, representados no mapa de rede como laços fracos, conflituosos ou rompidos; sentimentos de solidão e falta de pertença social.		
Referências: NICHOLSON JR, Nicholas R. Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. **Journal of advanced nursing**, v. 65, n. 6, p. 1342-1352, 2009. SANICOLA, Lia. **As dinâmicas de rede e o trabalho social**. São Paulo: Veras Editora, 2015. HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, Shigemi. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA:** definições e classificação 2015-2017. 10ed. Porto Alegre: Artmed. 2015.		
18	**Problemas de saúde mental**	Nº de estudos

Quadro 3 Definições dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Recife-PE, 2017. Continuação

		01
Definição Conceitual: Grupos de diagnósticos caracterizados como Transtornos psiquiátricos menores, relacionados à distúrbios: afetivos, de ansiedade, fóbicos, e de somatização.		
Definição operacional: Presença de sinais e/ou sintomas que podem ser atribuídas à distúrbios afetivos, de ansiedade, fóbicos, ou de somatização (podem estar relacionados ao abuso de substâncias ou a transtornos psiquiátricos), e danificam a disposição ou a capacidade de manter relacionamentos de apoio formais e informais.		
Referências: ALMEIDA FILHO, Naomar; MARI, Jair de Jesus; COUTINHO, Evandro da Silva Freire. Migração, inserção produtiva e saúde mental na modernidade tardia: novas evidências do estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas metropolitanas brasileiras. **Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo)**, p. 237-45, 1999. THOMPSON, Ross A.; ONTAI, Lenna. Striving to do well what comes naturally: Social support, developmental psychopathology, and social policy. **Development and Psychopathology**, v. 12, n. 4, p. 657-675, 2000.		
19	**Mudança de domicílio**	Nº de estudos 02
Definição Conceitual: Troca de localidade onde se tem a residência.		
Definição operacional: Relato de mudança de localidade onde reside, dificultando a manutenção das relações anteriormente estabelecidas com a rede social primária.		
Referências: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 5ed. Curitiba: Positivo, 2010. SANICOLA, Lia. **As dinâmicas de rede e o trabalho social**. São Paulo: Veras Editora, 2015.		
20	**Diferenças culturais**	Nº de estudos 04
Definição Conceitual: Falta de sintonia entre a cultura e linguística originária da pessoa e a do seu ambiente social atual.		
Definição operacional: Relato de que não fala a mesma língua que as pessoas do seu convívio social atual, sofrimento devido à depreciação da sua cultura de origem, e falta de sensibilidade cultural dos possíveis apoiadores.		
Referências: GURUGE, Sepali *et al*. Social support, social conflict, and immigrant women's mental health in a C anadian context: a scoping review. **Journal of psychiatric and mental health**		

Quadro 3 Definições dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Recife-PE, 2017. Continuação

nursing, v. 22, n. 9, p. 655-667, 2015. NEUFELD, Anne *et al*. Non-supportive interactions in the experience of women family caregivers. **Health & Social Care in the Community**, v. 15, n. 6, p. 530-541, 2007.		
21	**Centralização da responsabilidade pelo cuidado**	Nº de estudos 02
Definição Conceitual: Atendimento às demandas de cuidado da pessoa focado em um único membro da rede social.		
Definição operacional: Narração de que o atendimento às suas necessidades de apoio é realizado exclusiva ou predominantemente por um único integrante da rede social, que assume toda responsabilidade.		
Referências: ARAÚJO, Yana Balduíno *et al*. Fragilidade da rede social de famílias de crianças com doença crônica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 5, p. 675-681, 2013. SLUZKI, Carlos E. **Rede Social Na Pratica Sistêmica, alternativas terapêuticas**. Casa do Psicólogo, 1997.		
22	**Restrição da atuação de algum membro da rede social**	Nº de estudos 02
Definição Conceitual: Limitação ou impossibilidade de algum membro da rede social oferecer apoio.		
Definição operacional: Relato de limitação ou impossibilidade de algum dos membros da rede para ofertar o apoio necessário, devido a adoecimento, morte, separações ou outras situações que levam a falta de relacionamentos significativos.		
Referência: NICHOLSON JR, Nicholas R. Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. **Journal of advanced nursing**, v. 65, n. 6, p. 1342-1352, 2009.		
23	**Displicência no papel de apoiador**	Nº de estudos 02
Definição Conceitual: Atitudes de descomprometimento com a necessidade da pessoa apresentadas por membros da rede.		
Definição operacional: Relato verbal de que os membros da rede não têm os atributos esperados para um apoiador, e são qualificados como não-comprometidos, não-confiáveis, indiferentes, abusivos, e impedem a pessoa de buscar ajuda em outras fontes de apoio. Pessoas com as quais não se tem laços fortes.		
Referências: NICHOLSON JR, Nicholas R. Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. **Journal of advanced nursing**, v. 65, n. 6, p. 1342-1352, 2009.		
24	**Déficit de laços fortes**	Nº de estudos

Quadro 3 Definições dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Recife-PE, 2017. Continuação

		02
Definição Conceitual: Falta de ligações socialmente próximas, que envolvam a disponibilidade de passar tempo com a pessoa e profundidade de relacionamentos.		
Definição operacional: Relato da existência de pouco ou nenhum relacionamento próximo com que se tenha convivência contínua. Representação no mapa de rede de pouco ou nenhum laço forte.		
Referências: MARSDEN, Peter V.; CAMPBELL, Karen E. Measuring tie strength. **Social forces**, v. 63, n. 2, p. 482-501, 1984. SANICOLA, Lia. **As dinâmicas de rede e o trabalho social**. São Paulo: Veras Editora, 2015.		
25	**Laços desfeitos**	Nº de estudos 02
Definição Conceitual: Vínculos anteriormente estabelecidos com membros da rede que foram interrompidos ou rompidos.		
Definição operacional: Relato de rompimento de vínculos anteriormente estabelecidos com membros da rede. Representação no mapa de rede de laços interrompidos/desgastados ou rompidos.		
Referências: SANICOLA, Lia. **As dinâmicas de rede e o trabalho social**. São Paulo: Veras Editora, 2015.		
26	**Laços geradores dependência**	Nº de estudos 01
Definição Conceitual: Vínculos estabelecidos com membros da rede que causam dependência do auxílio fornecido a partir dessa conexão; relações que condicionam a pessoa a manter a dependência dos serviços padronizados oferecidos por instituições à população em geral.		
Definição operacional: Relato de possuir relações sociais com pessoas que o tornam dependente do auxílio fornecido em decorrência do laço estabelecido; ou relações que o condicionam a manter a dependência dos serviços de bem-estar padronizados oferecidos à população em geral.		
Referência: SANICOLA, Lia. **As dinâmicas de rede e o trabalho social**. São Paulo: Veras Editora, 2015.		
27	**Falta de reconhecimento do apoio oferecido**	Nº de estudos 01
Definição Conceitual: Ausência do sentimento de agradecimento e valorização do apoio oferecido pela pessoa.		
Definição operacional: Relato de inexistência de sentimento de gratidão e valorização do apoio oferecido pela pessoa,		

Quadro 3 Definições dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Recife-PE, 2017. Continuação

por parte dos membros da rede.		
Referências: SOUSA, Ana Inês; SILVER, Lynn Dee; GRIEP, Rosane Harter. Apoio social entre idosas de uma localidade de baixa renda no Munícipio do Rio de Janeiro. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 625-631, 2010. FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 5 ed. Curitiba: Positivo, 2010.		
28	**Falta de reciprocidade ao apoio recebido**	Nº de estudos 01
Definição Conceitual: Ausência de ações que expressem mutualidade ao apoio oferecido.		
Definição operacional: Relato de não execução, por parte dos membros da rede, de algum auxílio recompensador ao apoio oferecido.		
Referências: SOUSA, Ana Inês; SILVER, Lynn Dee; GRIEP, Rosane Harter. Apoio social entre idosas de uma localidade de baixa renda no Munícipio do Rio de Janeiro. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 625-631, 2010. FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 5 ed. Curitiba: Positivo, 2010.		
29	**Consumo dos recursos da pessoa**	Nº de estudos 02
Definição Conceitual: Utilização pelos membros da rede dos bens materiais e recursos emocionais dos quais a pessoa já dispõe, como empatia, carinho e preocupação.		
Definição operacional: Relato de que os membros da rede gastam os bens materiais disponíveis, e/ou drenam os seus recursos emocionais, em situações nas quais a pessoa se sente impelida a oferecer carinho, atenção, encorajamento, afeto e consolo.		
Referências: GOODMAN, Lisa A. The relationship between social support and family homelessness: A comparison study of homeless and housed mothers. **Journal of Community Psychology**, v. 19, n. 4, p. 321-332, 1991. SOUSA, Alder Mourão de; FRACOLLI, Lislaine Aparecida; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação: revisão da literatura e metassíntese. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 34, p. 127-134, 2013.		

Quadro 3 Definições dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Recife-PE, 2017. Conclusão

30	**Indisposição para apoiar**	Nº de estudos 01
Definição Conceitual: Membros da rede social indisponíveis para proporcionar o apoio necessário.		
Definição operacional: Relato de que membros da rede que poderiam ser fontes de apoio estão ocupados em suas próprias atividades, sendo indisponíveis para atender às demandas da pessoa.		
Referências: MCINNES, Rhona J.; CHAMBERS, Julie A. Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. **Journal of advanced nursing**, v. 62, n. 4, p. 407-427, 2008.		
31	**Déficit de conhecimento teórico-prático sobre a necessidade da pessoa**	Nº de estudos 03
Definição Conceitual: Pouca ou nenhuma competência teórica e técnica para identificação e atendimento à necessidade apresentada.		
Definição operacional: Relato de que os membros da rede nunca vivenciaram a situação experienciada pela pessoa, têm pouco ou nenhum conhecimento teórico e/ou técnico, ou são incompetentes para oferecer a ajuda solicitada.		
Referência: MCINNES, Rhona J.; CHAMBERS, Julie A. Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. **Journal of advanced nursing**, v. 62, n. 4, p. 407-427, 2008.		
32	**Eventos inesperados**	Nº de estudos 02
Definição Conceitual: Acontecimento inesperado à vida cotidiana, que pode afetar toda a rede social.		
Definição operacional: Relato de algum acontecimento inesperado à vida cotidiana, que pode estar relacionado à pessoa, mas afeta toda a rede, como: doença, perda de emprego, problema de relacionamento do casal ou da família, transtorno grave, perda da autossuficiência no idoso, nascimento de uma criança deficiente, desvio de um adolescente.		
Referência: SANICOLA, Lia. **As dinâmicas de rede e o trabalho social**. São Paulo: Veras Editora, 2015.		

Fonte: a autora, 2017.

Na literatura analisada, também foram encontrados os indicadores clínicos da Rede social de apoio ineficaz. Da mesma forma dos fatores etiológicos, estes tiveram suas definições conceituais e operacionais construídas (Quadro 4).

Quadro 4 Definições dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Recife-PE, 2017. Continua

01	**Sentimento de abandono**	Nº de estudos 05
Definição Conceitual: Sensação de solidão, exclusão, insegurança e falta das pessoas queridas. Sentimento de não ser considerado pertencente à rede.		
Definição operacional: Demonstração de sensação de ter sido excluído pelas pessoas da rede social devido ao problema, sentindo solidão e falta dessas pessoas. Mapa de rede com tamanho reduzido, com densidade frágil, relações rompidas ou inexistentes e lacunas de dispersão significativas.		
Referências: BRAGA, Iara Falleiros *et al*. Percepções de adolescentes sobre o apoio social na maternidade no contexto da atenção primária. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 3, p. 448-455, 2014. SANICOLA, Lia. **As dinâmicas de rede e o trabalho social**. São Paulo: Veras Editora, 2015.		
02	**Baixa autoestima situacional**	Nº de estudos 01
Definição Conceitual: Percepção negativa sobre seu próprio valor em resposta a uma situação atual vivida na interação com os indivíduos de sua rede social.		
Definição operacional: Demonstração de percepção negativa sobre seu próprio valor como resposta mal adaptativa a algum acontecimento relativo às interações estabelecidas (ou não) com os indivíduos de sua rede social de apoio.		
Referência: HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, Shigemi. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA:** definições e classificação 2015-2017. 10ed. Porto Alegre: Artmed. 2015.		
03	**Apoio emocional diminuído**	Nº de estudos 08
Definição Conceitual: Poucas expressões de empatia, carinho, preocupação, valorização positiva, encorajamento e compreensão, que levem ao sentimento de pertencer, as quais são realizadas por apenas um, ou nenhum membro da rede.		
Definição operacional: Relato de uma ou nenhuma pessoa que converse, realize expressão de empatia, carinho, preocupação, valorização positiva, encorajamento e compreensão. A pessoa não considera suficiente o apoio emocional recebido, ou não se sente apoiada nem tem senso de pertencer ao grupo; ou ainda ela mesma tem que oferecer apoio emocional aos apoiadores.		

Quadro 4 Definições dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Recife-PE, 2017. Continuação

Referências:

FLORES GONZÁLEZ, Elizabeth; SEGUEL PALMA, Fredy. Functional social support in family caregivers of elderly adults with severe dependence. **Investigacion y educacion en enfermeria**, v. 34, n. 1, p. 68-73, 2016.
SOUSA, Alder Mourão de; FRACOLLI, Lislaine Aparecida; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação: revisão da literatura e metassíntese. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 34, p. 127-134, 2013.
SHULER, Sherianne. Social support without strings attached. **Health communication**, v. 26, n. 2, p. 198-201, 2011.

04	**Apoio condicionado**	Nº de estudos 01

Definição Conceitual:

O apoio oferecido está sujeito ao atendimento de algum requisito imposto pelo prestador.

Definição operacional:

Narração de que o apoio oferecido pelos membros da rede depende do atendimento a algum requisito imposto por eles.

Referência:

GURUGE, Sepali *et al*. Social support, social conflict, and immigrant women's mental health in a C anadian context: a scoping review. **Journal of psychiatric and mental health nursing**, v. 22, n. 9, p. 655-667, 2015.

05	**Apoio informativo inadequado**	Nº de estudos 10

Definição Conceitual:

Ações inapropriadas da rede social em oferecer conselhos, informações, sugestões ou feedback para a pessoa.

Definição operacional:

Relato de ter recebido de integrantes da rede primária ou secundária conselhos, informações, sugestões ou retorno/feedback de forma equivocada ou inadequada às suas necessidades no momento, que a deixaram confusa e com necessidade de buscar informações em outras fontes. Descrição de recebimento de informações padronizadas e prescritivas.

Referências:

SOUSA, Alder Mourão de; FRACOLLI, Lislaine Aparecida; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação: revisão da literatura e metassíntese. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 34, p. 127-134, 2013.
SCHMIED, Virginia et al. Women’s perceptions and experiences of breastfeeding support: a metasynthesis. **Birth**, v. 38, n. 1, p. 49-60, 2011.

06	**Pouco apoio social**	Nº de estudos 07

Definição Conceitual:

Pouca quantidade, frequência e/ou tipos de apoio esperado ou trocado entre pessoas mediante

o estabelecimento de laços.		
Definição operacional: Narração de diminuída quantidade e/ou frequência de apoio esperado ou trocado com os membros de sua rede; apoio recebido inadequado ou redução dos tipos de apoio antes disponíveis.		
Referências: SANICOLA, Lia. **As dinâmicas de rede e o trabalho social**. São Paulo: Veras Editora, 2015. ELLISON, Christopher G. *et al*. Size, conflict, and opportunities for interaction: Congregational effects on members' anticipated support and negative interaction. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 48, n. 1, p. 1-15, 2009.		
07	**Déficit de apoio instrumental dos serviços de saúde**	Nº de estudos 02
Definição Conceitual: Falta de ajuda direta de natureza prática prestada por serviços de saúde.		
Definição operacional: Relato de falta, insuficiência ou dificuldades no acesso à ajuda prática proveniente dos serviços de saúde.		
Referências: SOUSA, Alder Mourão de; FRACOLLI, Lislaine Aparecida; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação: revisão da literatura e metassíntese. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 34, p. 127-134, 2013. SANCHEZ, Keila de Oliveira Lisboa; FERREIRA, Noeli Marchioro Liston Andrade. O apoio social para a família do doente com câncer em situação de pobreza. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 792-799, 2012.		
08	**Imposição de comportamentos adequados**	Nº de estudos 05
Definição Conceitual: Estabelecimento da obrigatoriedade em apresentar determinados comportamentos considerados pelos membros da rede social como adequados e salutares, sem oferecer condições adequadas.		
Definição operacional: Relato de ser pressionado por membros da rede social a apresentar determinados comportamentos considerados convenientes, ou que geram bons resultados de saúde, sem receber o apoio necessário.		
Referências: ZWICKERT, K.; RIEGER, E. A qualitative investigation of obese women's experiences of effective and ineffective social support for weight management. **Clinical obesity**, v. 4, n. 5, p. 277-286, 2014. McINNES, Rhona J.; CHAMBERS, Julie A. Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. **Journal of advanced nursing**, v. 62, n. 4, p. 407-427, 2008.		
09	**Apoio oferecido diferente do apoio esperado**	Nº de estudos 09

Definição Conceitual: Apoio oferecido não atende às expectativas da pessoa.		
Definição operacional: Relato de que o apoio oferecido pelos membros da rede não tem conexão com as suas necessidades, tem qualidade insatisfatória; o apoio que era esperado ou foi prometido não aconteceu.		
Referência: NEUFELD, Anne *et al*. Non-supportive interactions in the experience of women family caregivers. **Health & Social Care in the Community**, v. 15, n. 6, p. 530-541, 2007.		
10	**Percepção de normalidade do problema da pessoa**	Nº de estudos 01
Definição Conceitual: Entendimento do problema da pessoa como algo comum e trivial.		
Definição operacional: Relato verbal de que os membros da rede social entendem o problema apresentado pela pessoa como algo comum, e estes podem apresentar o mesmo problema e consideram-no normal.		
Referências: ZWICKERT, K.; RIEGER, E. A qualitative investigation of obese women's experiences of effective and ineffective social support for weight management. **Clinical obesity**, v. 4, n. 5, p. 277-286, 2014.		
11	**Fragilidade dos vínculos**	Nº de estudos 05
Definição Conceitual: Relações sociais frágeis, insatisfatórias, prejudicadas, interrompidas ou desgastadas, bem como as estabelecidas com membros da rede com os quais se tem pouca interação.		
Definição operacional: Relato de fragilização das relações sociais anteriormente constituídas, as quais se tornaram insatisfatórias, prejudicadas, interrompidas ou desgastadas; relações estabelecidas com membros da rede com os quais se tem pouca interação. Representação gráfica no mapa de rede de laços fracos, interrompidos ou desgastados.		
Referências: SANICOLA, Lia. **As dinâmicas de rede e o trabalho social**. São Paulo: Veras Editora, 2015. BRAGA, Iara Falleiros *et al*. Percepções de adolescentes sobre o apoio social na maternidade no contexto da atenção primária. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 3, p. 448-455, 2014. DI PRIMIO, Aline Oliveira *et al*. Rede social e vínculos apoiadores das famílias de crianças com câncer. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 334-342, 2010.		
12	**Interações sociais negativas**	Nº de estudos 07
Definição Conceitual: Interações sociais problemáticas entre os membros da rede social, que podem envolver a pessoa ou não. Conflitos, embates, discussões e desavenças entre os membros da rede.		

Definição operacional: Relato da existência de interações sociais problemáticas ou conflituosas entre os membros da rede, que podem envolver a pessoa ou não. Relato da existência de embates, discussões e desavenças entre os membros da rede.		
Referências: SLUZKI, Carlos E. **Rede Social Na Pratica Sistêmica, alternativas terapêuticas**. Casa do Psicólogo, 1997. NEUFELD, Anne *et al*. Non-supportive interactions in the experience of women family caregivers. **Health & Social Care in the Community**, v. 15, n. 6, p. 530-541, 2007.		
13	**Preconceito**	Nº de estudos 08
Definição Conceitual: Ideia ou conceito negativo sobre a natureza de uma pessoa, formado antecipadamente e sem fundamento sério ou imparcial, pelo fato de esta ser percebida como membro de um grupo rejeitado pela rede social de apoio.		
Definição operacional: Relato de ter sofrido ideia ou conceito negativo, formado antecipadamente e sem fundamento sério ou imparcial, da sua pessoa, por parte dos membros da rede, pelo fato de ser percebida como membro de um grupo rejeitado pela rede social de apoio.		
Referências: PEREIRA, Cícero Roberto; VALA, Jorge. Do preconceito à discriminação justificada. **In-Mind_Português**, v. 1, p. 1-13, 2010. FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 5 ed. Curitiba: Positivo, 2010.		
14	**Negligência às demandas de apoio**	Nº de estudos 06
Definição Conceitual: Desinteresse e menosprezo das demandas de apoio apresentadas pela pessoa.		
Definição operacional: Relato de que os membros da rede menosprezam a importância, não tem interesse ou não reconhecem a sua necessidade de apoio.		
Referências: ARAÚJO, Yana Balduíno *et al*. Fragilidade da rede social de famílias de crianças com doença crônica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 5, p. 675-681, 2013. NEUFELD, Anne *et al*. Non-supportive interactions in the experience of women family caregivers. **Health & Social Care in the Community**, v. 15, n. 6, p. 530-541, 2007.		
15	**Encorajamento de comportamentos negativos**	Nº de estudos 06
Definição Conceitual: Influências negativas realizadas pelos membros da rede social que estimulam o início ou continuação de comportamentos contraproducentes ou de risco.		
Definição operacional: Relato de que membros da rede social exercem influências negativas que estimulam o início ou continuação de comportamentos nocivos à saúde, ou que aumentam a vulnerabilidade; desencorajam bons comportamentos.		

Referências:

DAVIS, Shoni K. Comprehensive interventions for affecting the parenting effectiveness of chemically dependent women. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 26, n. 5, p. 604-610, 1997.
MCINNES, Rhona J.; CHAMBERS, Julie A. Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. **Journal of advanced nursing**, v. 62, n. 4, p. 407-427, 2008.
FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 5 ed. Curitiba: Positivo, 2010.

16	**Subestimação da autoeficácia da pessoa**	Nº de estudos 06

Definição Conceitual:

Desvalorização da habilidade da pessoa acreditar nas suas capacidades e/ou controlar os eventos que afetam a sua vida. Exigência por parte dos membros da rede, da pessoa seguir determinados comportamentos ditados por eles.

Definição operacional:

Relato de se sentir desvalorizado pelos membros da sua rede, sobre a sua habilidade de acreditar nas suas capacidades e/ou controlar os eventos que afetam a sua vida.
Relato de exigência, por parte dos membros da rede, da pessoa seguir determinados comportamentos ditados por eles, diminuindo assim a sua autonomia.

Referências:

BANDURA, Albert. Human agency in social cognitive theory. **American psychologist**, v. 44, n. 9, p. 1175, 1989.
CHENTSOVA DUTTON, Yulia E. Butting in vs. being a friend: Cultural differences and similarities in the evaluation of imposed social support. **The Journal of social psychology**, v. 152, n. 4, p. 493-509, 2012.

17	**Atitudes de culpabilização**	Nº de estudos 04

Definição Conceitual:

Atos que imputam à pessoa a culpa pelo seu problema atual, por não conseguir bons resultados de saúde, ou por não ter o comportamento socialmente esperado.

Definição operacional:

Descrição de atitudes provenientes dos membros da rede para imputar à pessoa a culpa pelo seu problema atual, por não conseguir bons resultados de saúde, ou por não ter o comportamento socialmente esperado.

Referência:

SCHMIED, Virginia *et al*. Women's perceptions and experiences of breastfeeding support: a metasynthesis. **Birth**, v. 38, n. 1, p. 49-60, 2011.

18	**Invasão de privacidade**	Nº de estudos 02

Definição Conceitual:

Intromissão desrespeitosa, em que membros da rede assumem postura de poder sobre o corpo e a intimidade da pessoa.

Definição operacional:

Narração de situação na qual os membros da rede atuaram de forma desrespeitosa,

intrometendo-se em sua intimidade pessoal, revelando uma postura de poder, na qual a pessoa não teve o controle sobre si mesmo.		
Referência: PUPULIM, Jussara Simone Lenzi; SAWADA, Namie Okino. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 433-438, 2002.		
19	**Perda de confidencialidade**	Nº de estudos 02
Definição Conceitual: Perda da confiança que a informação sigilosa partilhada com membros da rede social será respeitada e utilizada somente para o propósito ao qual foi revelada.		
Definição operacional: Relato de que suas informações sigilosas foram reveladas ou utilizadas para propósitos diferentes dos previstos por membros da rede.		
Referência: DE AZAMBUJA LOCH, Jussara. Confidencialidade: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica. **Revista Bioética**, v. 11, n. 1, 2009.		
20	**Sobrecarga do cuidador principal**	Nº de estudos 03
Definição Conceitual: Problemas ou circunstâncias que afetam a saúde física e emocional, a vida social e a situação financeira do cuidador principal.		
Definição operacional: Relato de que o membro da rede responsável pela maioria dos cuidados à pessoa está passando por problemas que afetam a sua saúde física e emocional, a vida social e a situação financeira, decorrentes da responsabilidade pelo cuidado à pessoa.		
Referência: ZARIT, Steven H.; TODD, Pamela A.; ZARIT, Judy M. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. **The Gerontologist**, v. 26, n. 3, p. 260-266, 1986.		
21	**Indisponibilidade para oferta de apoio social**	Nº de estudos 05
Definição Conceitual: Impossibilidade ou falta de vontade de voluntariar-se a oferecer apoio social por parte dos membros da rede social.		
Definição operacional: Relato de que a oferta de apoio não é espontânea, que os membros da rede social recusam-se, não têm tempo, têm medo ou não se dispõe a apoiar.		
Referências: NEUFELD, Anne *et al*. Non-supportive interactions in the experience of women family caregivers. **Health & Social Care in the Community**, v. 15, n. 6, p. 530-541, 2007. SANCHEZ, Keila de Oliveira Lisboa; FERREIRA, Noeli Marchioro Liston Andrade. O apoio social para a família do doente com câncer em situação de pobreza. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 792-799, 2012.		
22	**Escassez de possíveis fontes de apoio social**	Nº de estudos

		02
Definição Conceitual: Poucos membros na rede social que possam oferecer apoio em situações de necessidade.		
Definição operacional: Relato de poucas relações significativas com membros na rede social que possam oferecer apoio se acionados em situações de necessidade.		
Referência: SANICOLA, Lia. **As dinâmicas de rede e o trabalho social**. São Paulo: Veras Editora, 2015.		
23	**Excesso de contatos interpessoais pouco significativos**	Nº de estudos 03
Definição Conceitual: Maior frequência de contatos com relações menos íntimas (colegas de trabalho, profissionais) e menos contato com os mais íntimos (família, amigos).		
Definição operacional: Descrição de que o convívio com pessoas com as quais se tem relações menos íntimas (colegas de trabalho, profissionais) é superior em tempo e quantidade aos contatos com os mais íntimos (família, amigos).		
Referência: MCFARLANE, Allan H. et al. Characteristics and correlates of effective and ineffective social supports. **Journal of psychosomatic research**, v. 28, n. 6, p. 501-510, 1984.		
24	**Desvalorização do apoio social recebido**	Nº de estudos 04
Definição Conceitual: Pouco reconhecimento por parte da pessoa, do esforço executado pelos membros da rede social para lhe oferecer apoio		
Definição operacional: Demonstração de ressentimento e ingratidão pelo apoio recebido dos membros da rede; dificuldades na percepção do apoio recebido; preferência por descrever experiências negativas em detrimento das positivas; exaustão dos membros da rede por não ter seus esforços para apoiar reconhecidos pela pessoa.		
Referências: ZWICKERT, K.; RIEGER, E. A qualitative investigation of obese women's experiences of effective and ineffective social support for weight management. **Clinical obesity**, v. 4, n. 5, p. 277-286, 2014. McINNES, Rhona J.; CHAMBERS, Julie A. Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. **Journal of advanced nursing**, v. 62, n. 4, p. 407-427, 2008.		
25	**Falta de bens materiais**	Nº de estudos 01
Definição Conceitual: Recursos materiais insuficientes para o atendimento à necessidade apresentada pela pessoa.		

Quadro 4 Definições dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Recife-PE, 2017. Conclusão

Definição operacional: Relato de que os bens materiais disponíveis são insuficientes para o atendimento à necessidade apresentada pela pessoa.		
Referência: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 5 ed. Curitiba: Positivo, 2010.		
26	**Excesso de informação e interação da rede social**	Nº de estudos 03
Definição Conceitual: Excesso de interações e informações ineficazes ou sem finalidade de apoio interferindo na dinâmica da rede.		
Definição operacional: Narração de recebimento de diversas informações irrelevantes, e interações sociais excessivas e sem finalidade de apoio, deixando-o sobrecarregado.		
Referências: NEUFELD, Anne *et al*. Non-supportive interactions in the experience of women family caregivers. **Health & Social Care in the Community**, v. 15, n. 6, p. 530-541, 2007. SHULER, Sherianne. Social support without strings attached. **Health communication**, v. 26, n. 2, p. 198-201, 2011.		
27	**Baixa reciprocidade**	Nº de estudos 03
Definição Conceitual: Pouca mutualidade na realização de funções equivalentes às ações recebidas.		
Definição operacional: Relato de que a pessoa não desempenha para o membro da rede funções equivalentes às que ele desempenha para ela, ou vice-versa. Assimetria das relações.		
Referência: SLUZKI, Carlos E. **Rede Social Na Pratica Sistêmica, alternativas terapêuticas**. Casa do Psicólogo, 1997.		
28	**Depressão**	Nº de estudos 03
Definição Conceitual: Estado de prostração emocional e tristeza, com diminuição da atividade e da iniciativa e paralização da tomada de decisão.		
Definição operacional: Relato de estado de prostração emocional e tristeza, com diminuição da atividade e da iniciativa e paralização da tomada de decisão.		
Referência: SILVA, Carlos Roberto Lyra da; SILVA, Roberto Carlos Lyra da; VIANA, Dirce Laplaca. **Compacto dicionário ilustrado de saúde e principais legislações de enfermagem.** São Paulo: Yendis. 4ed. 2009.		

Fonte: a autora, 2017.

Dos 28 fatores etiológicos, o mais frequente nos estudos (15%) foi Falta de sociabilidade, seguido de Rede social de tamanho menor, Comprometimento insuficiente dos profissionais da saúde, Receio da pessoa em busca de apoio, e Isolamento social, cada um deles presentes em 12,5% dos estudos. Fragilidade da organização dos serviços institucionais em rede e Diferenças culturais foram abordados cada um em 10% da amostra (Tabela 1).

Tabela 1 - Identificação dos fatores etiológicos da Rede social de apoio nos estudos da revisão integrativa da literatura. Recife-PE, 2017. Continua

Fator etiológico	**n=40**	**%**
Falta de sociabilidade	06	15
Rede social de tamanho menor	05	12,5
Comprometimento insuficiente dos profissionais da saúde	05	12,5
Receio da pessoa em busca de apoio	05	12,5
Isolamento social	05	12,5
Fragilidade da organização dos serviços institucionais em rede	04	10
Diferenças culturais	04	10
Baixa densidade da rede social	03	7,5
Déficit de conhecimento teórico-prático sobre a necessidade da pessoa	03	7,5
Impessoalidade nas relações profissional de saúde-paciente	02	5
Práticas intrusivas dos profissionais da saúde	02	5
Déficit de profissionais da saúde	02	5
Desconfiança da competência do outro	02	5
Mudança de domicílio	02	5
Centralização da responsabilidade pelo cuidado	02	5
Restrição da atuação de algum membro da rede social	02	5
Displicência no papel de apoiador	02	5
Déficit de laços fortes	02	5
Laços desfeitos	02	5
Consumo dos recursos da pessoa	02	5
Eventos inesperados	02	5
Rede social de tamanho maior	01	2,5
Dificuldades no acesso geográfico aos serviços da rede social secundária	01	2,5
Alto grau de complexidade das organizações	01	2,5
Demanda excessiva de apoio	01	2,5

Tabela 1 - Identificação dos fatores etiológicos da Rede social de apoio nos estudos da revisão integrativa da literatura. Recife-PE, 2017. Conclusão

Fator etiológico	n=40	%
Incapacidade de acessar os serviços da rede social secundária	01	2,5
Problemas de saúde mental	01	2,5
Laços geradores dependência	01	2,5
Falta de reconhecimento do apoio oferecido	01	2,5
Falta de reciprocidade ao apoio recebido	01	2,5
Indisposição para apoiar	01	2,5

Fonte: a autora, 2017.

De acordo com os achados da revisão integrativa da literatura que constituíram a teoria, pôde-se identificar que as causas de uma rede social de apoio ineficaz podem ser inerentes a própria pessoa (45%), estar relacionadas à atuação de um ou mais membros da rede (40%), a configuração da rede (35%), que envolve sua estrutura e dinâmica, ou a fatores externos (10%). Os resultados das frequências dos fatores etiológicos em cada uma dessas dimensões estão apresentados na Tabela 2. Vale salientar que em cada um dos estudos foram evidenciados mais de um fator etiológico, portanto a soma dos percentuais é superior a 100%. Outro ponto a ser observado é que na contabilização em cada uma das dimensões — pessoa, membros da rede, configuração da rede, externos — os artigos foram somados apenas uma vez, mesmo constando em mais de um fator etiológico no grupo.

Tabela 2 - Fatores etiológicos de cada dimensão da Rede social de apoio ineficaz encontrados na revisão integrativa da literatura. Recife-PE, 2017. Continua

	Fator etiológico	Fator		Dimensão	
		n	%	n	%
Pessoa	Falta de sociabilidade	06	15	18	45
	Receio da pessoa em busca de apoio	05	12,5		
	Isolamento social	05	12,5		
	Desconfiança da competência do outro	02	5		
	Mudança de domicílio	02	5		
	Demanda excessiva de apoio	01	2,5		
	Recusa do apoio	01	2,5		

Tabela 2 - Fatores etiológicos de cada dimensão da Rede social de apoio ineficaz encontrados na revisão integrativa da literatura. Recife-PE, 2017. Conclusão

	Fator etiológico	n	Fator %	Dimensão n	Dimensão %
	Incapacidade de acessar os serviços da rede social secundária	01	2,5		
	Problemas de saúde mental	01	2,5		
	Falta de reconhecimento do apoio oferecido	01	2,5		
Membros da rede	Comprometimento insuficiente dos profissionais da saúde	05	12,5		
	Diferenças culturais	04	10		
	Déficit de conhecimento teórico-prático sobre a necessidade da pessoa	03	7,5		
	Impessoalidade nas relações profissional de saúde-paciente	02	5		
	Práticas intrusivas dos profissionais da saúde	02	5	16	40
	Restrição da atuação de algum membro da rede social	02	5		
	Displicência no papel de apoiador	02	5		
	Consumo dos recursos da pessoa	02	5		
	Indisposição para apoiar	01	2,5		
	Falta de reciprocidade ao apoio recebido	01	2,5		
Configuração da rede	Rede social de tamanho menor	05	12,5		
	Fragilidade da organização dos serviços institucionais em rede	04	10		
	Baixa densidade da rede social	03	7,5		
	Déficit de profissionais da saúde	02	5		
	Déficit de laços fortes	02	5	14	35
	Centralização da responsabilidade pelo cuidado	02	5		
	Laços desfeitos	02	5		
	Rede social de tamanho maior	01	2,5		
	Laços geradores de dependência	01	2,5		
Externos	Eventos inesperados	02	5		
	Dificuldades no acesso geográfico aos serviços da rede social secundária	01	2,5	4	10
	Alto grau de complexidade das organizações	01	2,5		

Fonte: a autora, 2017.

Os 28 indicadores clínicos da rede social de apoio ineficaz encontrados denotam referências ao apoio como manifestação de uma rede social ineficaz, e dos quatro indicadores clínicos mais frequentes, três se referem ao apoio social — Apoio informativo inadequado (25%); Apoio oferecido diferente do apoio esperado (22,5%); Apoio emocional diminuído (20%). O preconceito esteve evidenciado em 20% dos estudos (Tabela 3).

Tabela 3 - Indicadores clínicos da Rede social de apoio ineficaz encontrados na revisão integrativa da literatura. Recife-PE, 2017. Continua

Indicador clínico	**n=40**	**%**
Apoio informativo inadequado	10	25
Apoio oferecido diferente do apoio esperado	09	22,5
Apoio emocional diminuído	08	20
Preconceito	08	20
Pouco apoio social	07	17,5
Interações sociais negativas	07	17,5
Negligência às demandas de apoio	06	15
Encorajamento de comportamentos negativos	06	15
Subestimação da autoeficácia da pessoa	06	15
Sentimento de abandono	05	12,5
Imposição de comportamentos adequados	05	12,5
Fragilidade dos vínculos	05	12,5
Indisponibilidade para oferta de apoio social	05	12,5
Atitudes de culpabilização	04	10
Desvalorização do apoio social recebido	04	10
Sobrecarga do cuidador principal	03	7,5
Excesso de contatos interpessoais pouco significativos	03	7,5
Excesso de informação e interação da rede social	03	7,5
Baixa reciprocidade	03	7,5
Depressão	03	7,5
Déficit de apoio instrumental dos serviços de saúde	02	5
Invasão de privacidade	02	5
Perda de confidencialidade	02	5
Escassez de possíveis fontes de apoio social	02	5

Tabela 3 - Indicadores clínicos da Rede social de apoio ineficaz encontrados na revisão integrativa da literatura. Recife-PE, 2017. Conclusão

Indicador clínico	n=40	%
Baixa autoestima situacional	01	2,5
Apoio condicionado	01	2,5
Percepção de normalidade do problema da pessoa	01	2,5
Falta de bens materiais	01	2,5

Fonte: a autora, 2017.

O agrupamento dos indicadores clínicos nos sete grupos conforme semelhança temática está descrito no quadro 5. O grupo das Relações fragilizadas reuniu mais indicadores (dez), seguido de Vínculos frágeis, com seis indicadores, e Apoio inadequado, com cinco, e Sentimentos negativos, com três indicadores. Falta de recursos materiais, Desvalorização do apoio recebido, Sobrecarga do cuidador principal, e Excesso conexões na rede social representam cada um, um indicador que não apresentou similitude com os demais.

Quadro 5 Agrupamento dos Indicadores clínicos nos grupos temáticos para representação no diagrama pictórico. Recife-PE, 2017. Continua

	Nome do grupo	Indicadores clínicos agrupados
1	Sentimentos negativos	01 – Sentimento de abandono 02 – Baixa autoestima situacional 28 – Depressão
2	Relações fragilizadas	04 – Apoio condicionado 27 – Baixa reciprocidade 08 - Imposição de comportamentos adequados 15 – Encorajamento de comportamentos negativos 16 – subestimação da auto eficácia da pessoa 17 – Atitudes de culpabilização 18 – Invasão de privacidade 19 – Perda de confidencialidade 12 – Interações sociais negativas 13 – Preconceito
3	Vínculos frágeis	21 – Indisponibilidade para oferta de apoio social 22 – Escassez de possíveis fontes de apoio 11 – Fragilidade dos vínculos 23 – Excesso de contatos interpessoais pouco significativos 14 – Negligência às demandas de apoio 10 – Percepção de normalidade do problema da pessoa
4	Apoio inadequado	03 – Apoio emocional diminuído 05 – Apoio informativo inadequado 06 – Déficit de apoio social 07 – Déficit de apoio instrumental dos serviços de

		saúde 09 – Apoio oferecido diferente do apoio esperado
5	Falta de recursos materiais	25 – Falta de bens
6	Desvalorização do apoio recebido	24 – Desvalorização do apoio social recebido
7	Sobrecarga do cuidador principal	20 – Sobrecarga do cuidador principal
8	Excesso conexões na rede social	26 – Excesso de informação e interação da rede social

Fonte: a autora, 2017.

O agrupamento temático dos fatores etiológicos para representação no pictograma resultou em 13 conjuntos, classificados em proximais, intermediários e distais. Os proximais incluem: Problemas na estrutura da rede social; Problemas nos laços estabelecidos com os membros da rede; Não busca do apoio; Não aceitação do apoio; Diferenças culturais; Indisponibilidade do apoiador. Os grupos classificados como intermediários foram: Práticas inadequadas dos profissionais; Acúmulo da demanda de apoio; Mudança de domicílio; Problemas de saúde mental; Consumo de recursos da pessoa; Eventos inesperados; Déficit de conhecimento teórico-prático sobre a necessidade da pessoa. E os distais: Dificuldades no acesso geográfico aos serviços da rede secundária; Alto grau de complexidade das organizações (Quadro 6).

Quadro 6 - Agrupamento dos Fatores Etiológicos nos grupos temáticos em ordem hierárquica para representação no diagrama pictórico. Recife-PE, 2017. Continua

Classificação	Ordem	Nome do grupo	Fatores etiológicos agrupados
Proximais	1	Problemas na estrutura da rede social	1 - Baixa densidade da rede social 2 – Rede social de tamanho menor 3 – Rede social de tamanho maior 7 – Fragilidade da organização dos serviços institucionais em rede 8 – Déficit de profissionais da saúde
Proximais	2	Problemas nos laços estabelecidos com os membros da rede	24 –Déficit de laços fortes 25 – Laços desfeitos 26 – Laços geradores de dependência
Proximais	3	Não busca do apoio	12 – Receio da pessoa em busca de apoio 14 – Falta de sociabilidade 16 – Incapacidade de acessar os serviços da rede social secundária 17 – Isolamento social
Proximais	4	Não aceitação do apoio	15 – Recusa do apoio 27 – Falta de reconhecimento do apoio oferecido 13 – Desconfiança da competência do outro

Quadro 6 - Agrupamento dos Fatores Etiológicos nos grupos temáticos em ordem hierárquica para representação no diagrama pictórico. Recife-PE, 2017. Conclusão

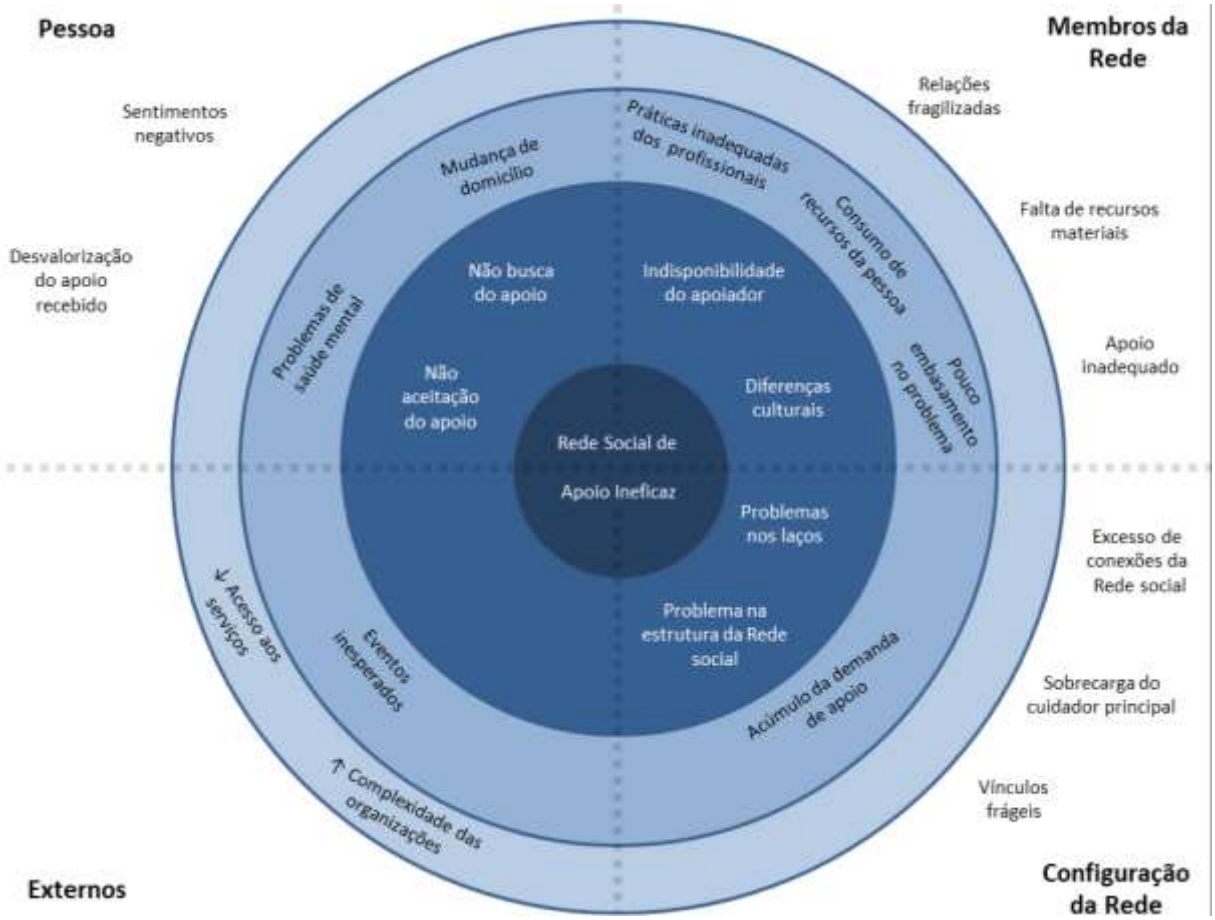
Classificação	Ordem	Nome do grupo	Fatores etiológicos agrupados
Proximais	5	Diferenças culturais	20 – Diferenças culturais
Proximais	6	Indisponibilidade do apoiador	30 – Indisposição para apoiar 23 – Displicência no papel de apoiador
Intermediárias	7	Práticas inadequadas dos profissionais	4 – Comprometimento insuficiente dos profissionais da saúde 5 – Impessoalidade nas relações profissional de saúde-paciente 6 – Práticas intrusivas dos profissionais da saúde
Intermediárias	8	Acúmulo da demanda de apoio	11 – Demanda excessiva de apoio 21 – Centralização da responsabilidade pelo cuidado 22 – Restrição da atuação de algum membro da rede social
Intermediárias	9	Mudança de domicílio	19 – Mudança de domicílio
Intermediárias	10	Problemas de saúde mental	18 – Problemas de saúde mental
Intermediárias	11	Consumo de recursos da pessoa	29 – Consumo dos recursos da pessoa 28 – Falta de reciprocidade ao apoio recebido
Intermediárias	12	Eventos inesperados	32 – Eventos inesperados
Intermediárias	13	Déficit de conhecimento teórico-prático sobre a necessidade da pessoa	31 – Déficit de conhecimento teórico-prático sobre a necessidade da pessoa
Distais	14	Dificuldades no acesso geográfico aos serviços da rede secundária	9 – Dificuldades no acesso geográfico aos serviços da rede secundária
Distais	15	Alto grau de complexidade das organizações	10 – Alto grau de complexidade das organizações

Fonte: a autora, 2017.

No diagrama pictórico, observa-se na divisão classificatória em quadrantes nos quais as dimensões Pessoa, Membros da rede e Configuração da rede estão representadas nos círculos concêntricos as causas proximais e intermediárias, mas não são evidenciadas causas distais. A dimensão externos é a única que não apresenta causas proximais, e reflete causas intermediárias e distais; nesta dimensão também não foram observados indicadores clínicos.

O traçado pontilhado simboliza a divisão nas quatro dimensões que exprime o caráter inter-relacional da dinâmica das redes, e, ao passo que podem ser compreendidas nessas quatro dimensões, essas são interdependentes e coexistentes (Figura 4).

Figura 4 - Diagrama pictórico da teoria de médio alcance Ineficácia da rede social de apoio.



Fonte: A autora, 2017. Baseado no mapa mínimo de rede proposto por Sluzki (1997).

A Teoria de médio alcance Ineficácia da rede social de apoio contém cinco proposições. São elas:

1. A ineficácia da rede social de apoio é decorrente de fatores referentes à própria pessoa, aos demais integrantes, à estrutura e dinâmica da rede, ou de elementos externos.
2. Situações e sentimentos concernentes à própria pessoa alteram a eficácia da rede social em prestar apoio, ou que esse auxílio se concretize e seja percebido como efetivo.

3. Ações inadequadas e individualistas, bem como diferenças culturais entre os integrantes da rede social influenciam negativamente no seu reconhecimento como apoiador e na qualidade do apoio recebido e percebido.
4. Problemas na estrutura e dinâmica da rede social contribuem para uma distribuição desequilibrada das informações e forças dentro da rede, que fragiliza os vínculos, gera sobrecarga de um ou mais integrantes, e excesso de informação e interação.
5. Situações externas à rede social podem afetar sua eficácia por serem inesperadas e/ou dificultadoras do processo de interação-compartilhamento-apoio.

As relações causais estabelecidas entre os fatores etiológicos e indicadores clínicos da Ineficácia da rede social de apoio estão descritas a seguir:

A não busca de apoio por parte da pessoa pode acontecer pelo receio de buscar apoio, incapacidade de acessar os serviços da rede secundária, e o próprio estilo interpessoal ineficaz, no qual a pessoa não tem habilidade de criar laços significativos, uma vez que a pessoa se sente socialmente incompetente e passa a duvidar do seu próprio valor, culminando em sentimentos negativos e até mesmo a depressão (FLYNN *et al*., 2010).

A não aceitação do apoio está relacionada à desconfiança da competência do outro, recusa da ajuda oferecida, e falta de reconhecimento e reciprocidade do apoio oferecido. Nos casos em que a pessoa não aceita a ajuda que lhe é ofertada, pode ser verificado pelo enfermeiro que essa pessoa não valoriza o apoio recebido. Numa anamnese também podem ser relatadas relações fragilizadas com membros da rede, ou mesmo apoio inadequado.

Mudança de domicílio altera a configuração das redes como um todo. Membros que antes eram geograficamente próximos e ofereciam apoio instrumental como ajuda nas tarefas diárias podem tornar-se distantes e não oferecer mais tal tipo de apoio (SLUZKI, 1997). O distanciamento físico da mudança pode causar fragilidade dos vínculos anteriormente estabelecidos, ademais, a pessoa pode vivenciar a escassez de fontes de apoio enquanto não identifica e cria laços com possíveis novos apoiadores.

Problemas de saúde mental, sejam eles referentes a transtornos mentais ou álcool e outras drogas, causam sentimentos negativos e desvalorização do apoio recebido. Essa é demonstrada também pelo apoio condicionado, no qual a ajuda está sujeita a pré-requisitos impostos. Tal assimetria de relações ocorre devido a não aceitação de apoio, pois uma vez que a pessoa não aceita o apoio oferecido, tampouco vai retribuí-lo.

Para Sanicola (2015), o próprio vínculo existente entre os membros da rede social conduz o apoiador a atender às necessidades da pessoa. Se tal vinculação é fraca, poderá

causar negligência às suas necessidades; caso seja rompida, haverá falta de fontes de apoio, pois se não existem mais laços, descontinua-se o encargo de apoiar.

Quando as relações entre os integrantes da rede social geram dependência, tornam a pessoa acomodada, e, muitas vezes, subjugada ao apoiador. Esta atitude é contrária ao movimento de busca pela autonomia que deve existir nas redes (SANICOLA, 2015).

O consumo dos recursos que a pessoa possui leva a falta de recursos, além de causar a baixa reciprocidade das relações, evidenciada na assimetria entre dar-e-receber. Quando a rede social — que deveria atender a finalidade de se mobilizar para atender às necessidades da pessoa — atua como consumidora de recursos, está sendo ineficaz.

As relações fragilizadas, constituídas entre indivíduos que não tem características exigidas a um bom apoiador, sendo despreocupados, descomprometidos e abusivos são consequentes de excesso de conexões da rede social, com circulação de informações e interações sem finalidade de apoio (SLUZKI, 1997).

Essa inadequação que pode ser manifestada como pouco apoio social, sendo enfatizado o emocional, informativo e instrumental; a despreocupação em apoiar se reflete na desconformidade entre o apoio fornecido e o esperado, pois não há o cuidado em atender as demandas da pessoa. De outro lado, o temperamento abusivo desses membros que impedem a pessoa de buscar outras fontes de apoio gera também a sobrecarga do cuidador principal.

Os fatores etiológicos referentes à pessoa — não busca e não aceitação do apoio — e o referente aos membros da rede — indisponibilidade do apoiador — levam a Ineficácia da rede social de apoio, sendo ambos evidenciados pelos mesmos indicadores clínicos — baixa reciprocidade e sentimentos negativos.

As diferenças culturais causadoras da Ineficácia da rede social de apoio são precedentes de problemas nas relações sociais, como conflitos, preconceito e interações sociais negativas, e podem causar a imposição de comportamentos, sejam eles adequados ou negativos, além da subestimação da autoeficácia da pessoa. Tal inadequação faz com que suas necessidades não sejam atendidas, pois o que a rede considera adequado e como bons resultados de saúde nem sempre está de acordo com as expectativas da pessoa. Toda essa incongruência pode ser acompanhada de excesso de informações e interações sem objetivo de apoio.

Situações em que a pessoa tem uma grande demanda de apoio, como doenças graves ou altamente incapacitantes, podem levar à sobrecarga do cuidador principal, que tem a responsabilidade pela maior parte dos cuidados. Nesses casos, o apoio oferecido também pode ser classificado como inadequado, no sentido de não suprir satisfatoriamente a demanda.

Tendo em vista a relação enfermeiro-paciente, “a enfermagem é uma interação humana” (FLYN *et al*., 2010), portanto, o cuidado de enfermagem acontece nessas interações, e o enfermeiro é um integrante da rede social secundária da pessoa, que deve se reconhecer como tal. Práticas inadequadas dos profissionais da saúde, como práticas intrusivas, falta de comprometimento, e impessoalidade nas relações com os pacientes causam a imposição de comportamentos considerados adequados por eles, e a depreciação da autoeficácia da pessoa em detrimento da hegemonia do saber profissional. Essa ideia de supremacia profissional abre caminho ainda para a perda da confidencialidade e invasão de privacidade dos pacientes.

Problemas na estrutura da rede social causam a falta de fontes de apoio e negligência às necessidades da pessoa, porém com mecanismos diferentes. A densidade da rede representa o grau de dispersão dos seus membros (SLUZKI, 1997), portanto uma rede com baixa densidade é marcada pelo distanciamento, seja físico ou sentimental dos indivíduos, ocasionando a inexistência de manifestações de apoio e negligência às necessidades da pessoa. Tanto as redes sociais de tamanho menor, quanto o número insuficiente de profissionais atuantes nos serviços de saúde têm uma etiologia semelhante para a rede social ineficaz, pois, ambos levam a falta de provedores de apoio.

Uma rede social de tamanho maior, por sua vez, pode ser ineficaz, pois gera nos seus muitos membros a sensação de que “outra pessoa já deve estar cuidando do assunto” e quem necessita do apoio se vê numa situação de estar sozinha numa multidão, pois não ocorre a co-responsabilização necessária à atuação da rede. Essa situação pode levar a perda da afetividade e negligência ao problema. Já a não organização dos serviços institucionais em rede leva a uma assistência fragmentada, que não oferece o apoio necessário à pessoa e caracteriza a rede social como ineficaz.

Situações não condizentes com a vida cotidiana, caracterizadas como eventos inesperados — ou para Sanicola, eventos críticos — podem ser positivos ou negativos. Os eventos críticos positivos envolvem o ciclo da vida, como entrada na escola, casamento, nascimento de um filho; os negativos abrangem situações que, embora atinjam apenas o indivíduo, têm seus efeitos em toda a rede, como doença ou perda de emprego. Ambos exigem alterações na configuração das redes, tanto estrutural, quanto dinâmica e funcional (SANICOLA, 2015).

Dificuldades da pessoa para acessibilidade geográfica aos serviços de saúde estão relacionadas à distância, difícil transporte ou que demanda muito tempo ou alto custo para deslocamento (JESUS; ASSIS, 2010). Tais dificuldades diminuem as oportunidades de interação e causam a fragilidade dos vínculos entre a pessoa e os profissionais, e inviabilizam

o alcance aos dispositivos ofertados pela rede secundária. Se a pessoa não tem acesso a essa importante fonte de apoio, é provável que faltem recursos para atendimento às necessidades e ocorra a sobrecarga do cuidador principal.

Alto nível de complexidade das organizações da rede social secundária, que envolve muitos níveis de hierarquização e impessoalidade das relações (ELLISSON *et al*., 2010) representa um distanciamento da familiaridade indispensável ao estabelecimento de vínculos que permitam as trocas necessárias para um apoio que atenda às necessidades da pessoa, o que gera um apoio inadequado.

6.2 Análise do conteúdo diagnóstico por juízes

Dos 23 juízes participantes do estudo, nove (39,1%) foram classificados como competentes, quatro (17,4%) proficientes, quatro (17,4%) iniciantes, quatro (17,4%) novatos e dois (8,7%) experts. Verifica-se que o nível de expertise de acordo com a classificação de Benner, Tanner e Chesla (2009), perpassou por todos os cinco níveis, desde novato até expert. Dentre os juízes, 65,2% foram classificados como competentes, proficientes ou experts, sendo, portanto, garantido um alto padrão de qualidade dos juízes participantes (Tabela 4).

A totalidade dos juízes do estudo possuía, no mínimo, o título de mestre, sendo a maioria deles (69,6%) doutor. Apenas um juiz era do sexo masculino. A amostra de juízes foi mais representativa na Região Nordeste (69,6%), seguida da Região Sul (21,7%) e Sudeste (8,7%). Não houve juízes que concordaram participar da pesquisa e responderam o instrumento em tempo hábil nas regiões Norte e Centro-Oeste. A maioria dos juízes (91,3%) trabalhava com ensino. A área de estudo dos juízes foi equilibrada, 52,2% pesquisavam sobre Diagnósticos de enfermagem, e 47,8% na temática Rede social (Tabela 4).

No tocante às variáveis quantitativas, duas — idade e tempo de atuação em Grupo de Pesquisa sobre terminologias de enfermagem — aderiram à distribuição normal. A média das idades dos juízes foi 38,96 ± 10,15 anos, e a média de anos de atuação em grupos de pesquisa sobre terminologias de enfermagem foi 6,67 ± 4,12 anos. Estes dados não estão apresentados em tabela.

As demais variáveis quantitativas não se adequaram à distribuição normal, destacando-se a mediana de 11 anos para o tempo de formação dos juízes; 3 anos para o tempo de atuação em Rede social de apoio ineficaz; 6 anos para o tempo de assistência utilizando diagnósticos de enfermagem; 6 anos o tempo de ensino de diagnósticos de

enfermagem; e 2,5 anos o tempo de atuação em grupo de pesquisa sobre Rede social (Tabela 5).

Tabela 4 Caracterização dos juízes da validação do conteúdo diagnóstico Rede social de apoio ineficaz. Recife-PE, 2019.

Variável	**n**	**%**
Titulação		
Mestrado	7	30,4
Doutorado	16	69,6
Sexo		
Feminino	22	95,7
Masculino	1	4,3
Idade (anos)		
26-30	6	26,1
31-35	5	21,7
36-40	2	8,7
41-45	4	17,4
46 ou mais	6	26,1
Região do Brasil		
Nordeste	16	69,6
Sudeste	2	8,7
Sul	5	21,7
Área de trabalho		
Ensino	21	91,3
Assistência direta	02	8,7
Área de estudo		
Diagnóstico de Enfermagem	12	52,2
Rede social	11	47,8
Nível de expertise		
1 – Novato	4	17,4
2 – Iniciante avançado	4	17,4
3 – Competente	9	39,1
4 – Proficiente	4	17,4
5 – Expert	2	8,7

Fonte: a autora, 2019.

Tabela 5 Variáveis quantitativas referentes à caracterização dos juízes da Validação do conteúdo do diagnóstico Rede social de apoio ineficaz. Recife-PE, 2019.

Variável	**Mediana**	**IIQ**	**Valor p***
Tempo de Formação	11	16	0,009
Tempo de atuação em Rede social	3	11	0,000
Tempo de assistência utilizando Diagnósticos de Enfermagem	6	10	0,006
Tempo de ensino de Diagnósticos de Enfermagem	6	11	0,028
Tempo de atuação em grupo de pesquisa sobre Rede social	2,5	7	0,014

* Teste Shapiro-Wilk
Fonte: a autora, 2019.

Quanto à adequação do título Rede social de apoio ineficaz, proposto para o DE, apenas um juiz o sinalizou como inadequado. Dentre as três opções de definição do diagnóstico apresentadas, a definição 2 foi escolhida por 56,5% dos juízes, seguida pela definição 1 (Tabela 6). Como não houve um consenso entre os juízes sobre a definição mais adequada, e foram feitas sugestões quanto à definição, optou-se por acatar as sugestões resultando em uma nova definição, englobando aspectos presentes nas opções 1 e 2, que juntas foram sinalizadas como pertinentes por 86,9% dos juízes. Assim, a definição final foi a seguinte: Incapacidade dos membros do grupo de contatos interpessoais e sistemas organizacionais em estabelecer interações sociais geradoras de apoio ao atendimento às necessidades da pessoa, família e coletividade.

Tabela 6 - Análise da adequação das definições do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Recife-PE, 2019.

Definição	n=23	%
Definição 1 - Rede de contatos interpessoais e sistemas organizacionais incapaz de se mobilizar para prover o suporte necessário.	7	30,4
Definição 2 - Incapacidade dos membros da rede em estabelecer interações sociais geradoras de apoio ao atendimento às necessidades da pessoa, família e coletividade.	13	56,5
Definição 3 - Incapacidade dos membros da rede em estabelecer interações sociais provedoras de apoio.	3	13,0
Total	23	100

Fonte: a autora, 2019.

Dentre as duas opções de domínio e classe da Taxonomia II da NANDA-I apresentadas, a que representou o Domínio 7: Papéis e relacionamentos, e a classe 3: Desempenho de papéis foi indicada por 95,7% dos juízes (Tabela 7).

Tabela 7 Análise do domínio e classe do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz na taxonomia II da NANDA-I. Recife-PE, 2019.

Item	n=23	%
Domínio 7: Papéis e relacionamentos. Classe 3: Desempenho de papéis.	22	95,7
Domínio 12: Conforto. Classe 3: Conforto social.	1	4,3
Total	23	100

Fonte: a autora, 2019.

Quanto a validade dos indicadores clínicos, os valores do IVC não aderiram à distribuição normal. A mediana do IVC dos indicadores apresentou valores entre 0,50 e 1,00, e nove deles tiveram mediana inferior a 0,9, e, portanto, foram excluídos: Apoio

condicionado, Escassez de possíveis fontes de apoio social, e Excesso de contatos interpessoais pouco significativos, obtiveram mediana do IVC 0,88; o indicador Pouco apoio social, 0,87; Percepção de normalidade do problema da pessoa, e Excesso de informação e interação da rede social, apresentaram mediana do IVC 0,75; Falta de bens materiais, 0,63; e Depressão, 0,50. A mediana da variável referente a relevância de todos os indicadores clínicos em conjunto foi 0,75 (Tabela 8).

Tabela 8 Validade dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Recife-PE, 2019. Continua

Item	Teste de Shapiro-Wilk		IVC		
	W	Valor p	Mediana	IC 95%	
Sentimento de abandono	0,33	<0,001	1,00	1,00	1,00
Apoio emocional diminuído	0,45	<0,001	1,00	1,00	1,00
Apoio informativo inadequado	0,27	<0,001	1,00	1,00	1,00
Déficit de apoio instrumental dos serviços de saúde	0,24	<0,001	1,00	1,00	1,00
Imposição de comportamentos adequados	0,62	<0,001	1,00	0,75	1,00
Apoio oferecido diferente do apoio esperado	0,46	<0,001	1,00	1,00	1,00
Fragilidade dos vínculos	0,39	<0,001	1,00	1,00	1,00
Interações sociais negativas	0,45	<0,001	1,00	1,00	1,00
Preconceito	0,44	<0,001	1,00	1,00	1,00
Negligência às demandas de apoio	0,45	<0,001	1,00	1,00	1,00
Encorajamento de comportamentos negativos	0,45	<0,001	1,00	1,00	1,00
Subestimação da autoeficácia da pessoa	0,56	<0,001	1,00	0,88	1,00
Atitudes de culpabilização	0,42	<0,001	1,00	1,00	1,00
Invasão de privacidade	0,46	<0,001	1,00	1,00	1,00
Perda de confidencialidade	0,33	<0,001	1,00	1,00	1,00
Sobrecarga do cuidador principal	0,34	<0,001	1,00	1,00	1,00
Indisponibilidade para oferta de apoio social	0,53	<0,001	1,00	0,87	1,00
Desvalorização do apoio social recebido	0,47	<0,001	1,00	1,00	1,00
Baixa reciprocidade	0,58	<0,001	1,00	0,63	1,00
Baixa autoestima situacional	0,6	<0,001	0,88	0,88	1,00
Apoio condicionado	0,65	<0,001	0,88	0,87	1,00

Tabela 8 Validade dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Recife-PE, 2019. Continua

Item	Teste de Shapiro-Wilk		IVC		
	W	Valor p	Mediana	IC 95%	
Escassez de possíveis fontes de apoio social	0,6	<0,001	0,88	0,87	1,00
Excesso de contatos interpessoais pouco significativos	0,63	<0,001	0,88	0,75	1,00
Pouco apoio social	0,66	<0,001	0,87	0,75	1,00
Percepção de normalidade do problema da pessoa	0,68	<0,001	0,75	0,75	1,00
Excesso de informação e interação da rede social	0,65	<0,001	0,75	0,75	1,00
Falta de bens materiais	0,68	<0,001	0,63	0,5	0,88
Depressão	0,74	<0,001	0,5	0,5	0,5
TODOS INDICADORES CLÍNICOS	0,79	<0,001	0,75	0,75	0,87

Fonte: a autora, 2019.

Na tabela 9 observa-se que o teste de Shapiro-Wilk atestou a não aderência à normalidade das medianas de relevância dos fatores etiológicos. Dos 32 fatores, 27 obtiveram valores de mediana do IVC superiores a 0,9, portanto são considerados relevantes. Os cinco fatores etiológicos considerados não relevantes para o diagnóstico foram Rede social de tamanho maior, Problemas de saúde mental, Consumo dos recursos da pessoa, Eventos inesperados, todos eles com mediana do IVC 0,88; e Alto grau de complexidade das organizações, o qual obteve mediana do IVC 0,75. Esses cinco fatores foram excluídos da estrutura diagnóstica.

Tabela 9 Validade dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Recife-PE, 2019. Continua

Item	Teste de Shapiro-Wilk		IVC		
	W	Valor p	Mediana	IC 95%	
Baixa densidade da rede social	0,3	<0,001	1,00	1,00	1,00
Rede social de tamanho menor	0,49	<0,001	1,00	1,00	1,00
Comprometimento insuficiente dos profissionais da saúde	0,33	<0,001	1,00	1,00	1,00
Impessoalidade nas relações profissional de saúde-paciente	0,51	<0,001	1,00	0,88	1,00
Práticas intrusivas dos profissionais da saúde	0,53	<0,001	1,00	0,88	1,00

Tabela 9 Validade dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Recife-PE, 2019. Continua

Item	Teste de Shapiro-Wilk		IVC		
	W	Valor p	Mediana	IC 95%	
Fragilidade da organização dos serviços institucionais em rede	0,38	<0,001	1,00	1,00	1,00
Déficit de profissionais da saúde	0,49	<0,001	1,00	0,88	1,00
Dificuldades no acesso geográfico aos serviços da rede social secundária	0,41	<0,001	1,00	1,00	1,00
Demanda excessiva de apoio	0,26	<0,001	1,00	1,00	1,00
Receio da pessoa em busca de apoio	0,42	<0,001	1,00	1,00	1,00
Desconfiança da competência do outro	0,5	<0,001	1,00	1,00	1,00
Falta de sociabilidade	0,22	<0,001	1,00	1,00	1,00
Recusa do apoio	0,22	<0,001	1,00	1,00	1,00
Incapacidade de acessar os serviços da rede social secundária	0,45	<0,001	1,00	1,00	1,00
Isolamento social	0,42	<0,001	1,00	1,00	1,00
Mudança de domicílio	0,38	<0,001	1,00	1,00	1,00
Diferenças culturais	0,22	<0,001	1,00	1,00	1,00
Centralização da responsabilidade pelo cuidado	0,38	<0,001	1,00	1,00	1,00
Restrição da atuação de algum membro da rede social	0,33	<0,001	1,00	1,00	1,00
Displicência no papel de apoiador	0,55	<0,001	1,00	0,88	1,00
Déficit de laços fortes	0,42	<0,001	1,00	1,00	1,00
Laços desfeitos	0,26	<0,001	1,00	1,00	1,00
Laços geradores de dependência	0,34	<0,001	1,00	1,00	1,00
Falta de reconhecimento do apoio oferecido	0,41	<0,001	1,00	1,00	1,00
Falta de reciprocidade ao apoio recebido	0,34	<0,001	1,00	1,00	1,00
Indisposição para apoiar	0,55	<0,001	1,00	0,88	1,00
Déficit de conhecimento teórico-prático sobre a necessidade da pessoa	0,49	<0,001	1,00	0,88	1,00
Rede social de tamanho maior	0,65	<0,001	0,88	0,75	1,00
Problemas de saúde mental	0,61	<0,001	0,88	0,63	1,00
Consumo dos recursos da pessoa	0,6	<0,001	0,88	0,75	1,00

Tabela 9 Validade dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Recife-PE, 2019. Continua

Item	Teste de Shapiro-Wilk		IVC		
	W	Valor p	Mediana	IC 95%	
Eventos inesperados	0,63	<0,001	0,88	0,75	1,00
Alto grau de complexidade das organizações	0,73	<0,001	0,75	0,50	0,87
TODOS FATORES ETIOLÓGICOS	0,73	<0,001	0,87	0,87	0,88

Fonte: a autora, 2019.

Embora a análise estatística tenha se baseado na relevância dos fatores etiológicos e indicadores clínicos do diagnóstico, vale salientar que cada um deles também teve título e definições conceituais e operacionais analisados pelos juízes, que tinham possibilidade de fazer sugestões. Estas foram analisadas e na medida do possível acatadas.

As sugestões dos juízes garantiram a melhor compreensão de cada item, sendo indispensáveis nas definições operacionais, necessárias para a validação clínica — etapa seguinte do processo de validação diagnóstica. Alguns juízes propuseram alterações que permitiram fluidez textual e inteligibilidade, retirando excessos de texto repetitivos. Em outros casos, questionaram a clareza do item, que foi reformulado com base nas sugestões dadas.

O título de alguns indicadores também foi modificado em alguns casos, como em “Pouco apoio social” que após sugestões foi transformado em “Apoio social diminuído” para se adequar a terminologia mais utilizada pela NANDA-I. Este mesmo indicador também sofreu alterações em sua definição operacional, para exemplificar os tipos de apoio que poderiam estar diminuídos.

O mesmo aconteceu com o título do indicador Estímulo a comportamentos negativos, o qual anteriormente era: “Encorajamento de comportamentos negativos”, terminologia não muito utilizada atualmente pela NANDA-I. Na definição operacional do indicador clínico Sentimento de abandono, a qual continha duas afirmações, foi sugerida e aceita a inclusão de “O indicador estará presente quando pelo menos uma dessas características estiver presente”.

Na definição operacional do indicador clínico Apoio emocional diminuído, foi retirada a expressão: ou ainda ela mesma tem que oferecer apoio emocional aos apoiadores – pois os juízes julgaram que isso se tratava de reciprocidade, que poderia interferir na precisão do indicador. Também foi acrescentado: O indicador estará presente quando a pessoa não

considerar suficiente o apoio emocional recebido – uma vez que a percepção do apoio é mais relevante como fenômeno de enfermagem.

No indicador clínico Déficit de apoio instrumental dos serviços de saúde, o apoio instrumental foi melhor descrito para garantir a clareza do componente, sendo adicionado tanto na definição conceitual quanto operacional, que a ajuda direta de natureza prática mencionada, pode ser traduzida em ações e materiais provenientes dos serviços de saúde para resolução de seus problemas ou facilitar realização de tarefas.

No indicador clínico Subestimação da autoeficácia da pessoa, os juízes apresentaram a redundância do termo — da pessoa —, o qual foi retirado. Também foram excluídos da definição conceitual e operacional os termos referentes a "Exigência por parte dos membros da rede, da pessoa seguir determinados comportamentos ditados por eles" que os juízes mencionaram como semelhante a "imposição de comportamentos adequados".

No indicador Sobrecarga do cuidador principal, foi incluída na definição conceitual a ideia de que a sobrecarga deveria ser de atividades relacionadas ao cuidado à pessoa, e definiu-se o cuidador principal como o responsável pela maior parte dos cuidados à pessoa, ficando a seguinte definição: Problemas ou circunstâncias, decorrentes da responsabilidade pelo cuidado à pessoa, que afetam a saúde física e emocional, a vida social e/ou a situação financeira do membro da rede responsável pela maioria dos cuidados à pessoa.

Os componentes que obtiveram mediana de IVC da relevância abaixo de 0,9 foram excluídos e consequentemente as sugestões dos juízes não foram analisadas, uma vez que estes não farão parte do diagnóstico. No quadro 7 estão listados os títulos e definições dos indicadores clínicos, considerados relevantes, antes e após as sugestões dos juízes.

Quadro 7 - Título e definições conceitual e operacional dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz antes e após sugestões dos juízes. Recife-PE, 2018. Continua

INDICADORES CLÍNICOS	
ANTES DAS SUGESTÕES	**APÓS AS SUGESTÕES**
1. Sentimento de abandono	**1. Sentimento de abandono**
Definição Conceitual: Sensação de solidão, exclusão, insegurança e falta das pessoas queridas. Sentimento de não ser considerado pertencente à rede.	Definição Conceitual: Sensação de solidão, tristeza, melancolia exclusão, insegurança e falta das pessoas queridas. Sentimento de não ser considerado pertencente à rede.

Quadro 7 - Título e definições conceitual e operacional dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz antes e após sugestões dos juízes. Recife-PE, 2018. Continuação

INDICADORES CLÍNICOS	
ANTES DAS SUGESTÕES	**APÓS AS SUGESTÕES**
Definição Operacional: Demonstração de sensação de ter sido excluído pelas pessoas da rede social devido ao problema, sentindo solidão e falta dessas pessoas. Mapa de rede com tamanho reduzido, com densidade frágil, relações rompidas ou inexistentes e lacunas de dispersão significativas.	Definição Operacional: Demonstração de sensação de ter sido excluído pelos membros da rede social, sentindo solidão e falta dessas pessoas. Mapa de rede com tamanho reduzido, com densidade frágil, relações rompidas ou inexistentes e lacunas de dispersão significativas. O indicador estará presente quando pelo menos uma dessas características estiver presente.
3. Apoio emocional diminuído	**3. Apoio emocional diminuído**
Definição Conceitual: Poucas expressões de empatia, carinho, preocupação, valorização positiva, encorajamento e compreensão, que levem ao sentimento de pertencer, as quais são realizadas por apenas um, ou nenhum membro da rede.	Definição Conceitual: Poucas expressões de empatia, carinho, preocupação, valorização positiva, encorajamento e compreensão, que levem ao sentimento de pertencer, as quais são realizadas por apenas um, ou nenhum membro da rede social de apoio.
Definição Operacional: Relato de uma ou nenhuma pessoa que converse, realize expressão de empatia, carinho, preocupação, valorização positiva, encorajamento e compreensão. A pessoa não considera suficiente o apoio emocional recebido, sente falta de um parceiro, ou não se sente apoiada nem tem senso de pertencer ao grupo; ou ainda ela mesma tem que oferecer apoio emocional aos apoiadores.	Definição Operacional: Relato de uma ou nenhuma pessoa que converse, realize expressão de empatia, carinho, preocupação, valorização positiva, encorajamento e compreensão. A pessoa não considera suficiente o apoio emocional recebido, sente falta de um parceiro, ou não se sente apoiada nem tem senso de pertencer ao grupo. O indicador estará presente quando a pessoa não considerar suficiente o apoio emocional recebido.
5. Apoio informativo inadequado	**5. Apoio informativo inadequado**
Definição Conceitual: Ações inapropriadas da rede social em oferecer conselhos, informações, sugestões ou feedback para a pessoa.	Definição Conceitual: Ações inapropriadas da rede social em oferecer conselhos, informações, sugestões ou feedback para a pessoa.
Definição Operacional: Relato de ter recebido de integrantes da rede primária ou secundária conselhos, informações, sugestões ou retorno/feedback de forma equivocada ou inadequada às suas necessidades no momento, que a deixaram confusa e com necessidade de buscar informações em outras fontes. Descrição de recebimento de informações padronizadas e prescritivas.	Definição Operacional: Relato de ter recebido de membros da rede primária ou secundária conselhos, informações, sugestões e retorno que não responderam às suas necessidades no momento ou que foram transmitidas de modo padronizado e prescritivo.
7. Déficit de apoio instrumental dos serviços de saúde	**7. Déficit de apoio instrumental dos serviços de saúde**
Definição Conceitual: Falta de ajuda direta de natureza prática prestada por serviços de saúde.	Definição Conceitual: Falta de ajuda direta de natureza prática prestada por serviços de saúde para resolver problemas e/ou facilitar a realização de tarefas.

Quadro 7 - Título e definições conceitual e operacional dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz antes e após sugestões dos juízes. Recife-PE, 2018. Continuação

INDICADORES CLÍNICOS	
ANTES DAS SUGESTÕES	**APÓS AS SUGESTÕES**
Definição Operacional: Relato de falta, insuficiência ou dificuldades no acesso à ajuda prática proveniente dos serviços de saúde.	Definição Operacional: Relato de falta, insuficiência ou dificuldades no acesso à ações ou materiais provenientes dos serviços de saúde, que possam resolver seus problemas.
8. Imposição de comportamentos adequados	**8. Imposição de comportamentos adequados**
Definição Conceitual: Estabelecimento da obrigatoriedade em apresentar determinados comportamentos considerados pelos membros da rede social como adequados e salutares, sem oferecer condições adequadas.	Definição Conceitual: Estabelecimento da obrigatoriedade em apresentar determinados comportamentos considerados pelos membros da rede social como adequados e salutares.
Definição operacional: Relato de ser pressionado por membros da rede social a apresentar determinados comportamentos considerados convenientes, ou que geram bons resultados de saúde, sem receber o apoio necessário.	Definição operacional: Relato de ser pressionado por membros da rede social a apresentar determinados comportamentos considerados adequados, ou que geram bons resultados de saúde, sem receber o apoio necessário.
9. Apoio oferecido diferente do apoio esperado	**9. Apoio oferecido diferente do apoio esperado**
Definição Conceitual: Apoio oferecido não atende às expectativas da pessoa.	Definição Conceitual: Apoio oferecido não atende às expectativas da pessoa.
Definição operacional: Relato de que o apoio oferecido pelos membros da rede não tem conexão com as suas necessidades, tem qualidade insatisfatória; o apoio que era esperado ou foi prometido não aconteceu.	Definição operacional: Relato de que o apoio oferecido pelos membros da rede não tem conexão com as suas necessidades, tem qualidade insatisfatória; o apoio que era esperado ou foi pactuado não atendeu às expectativas.
11. Fragilidade dos vínculos	**11. Fragilidade dos vínculos**
Definição Conceitual: Relações sociais frágeis, insatisfatórias, prejudicadas, interrompidas ou desgastadas, bem como as estabelecidas com membros da rede com os quais se tem pouca interação.	Definição Conceitual: Relações sociais insatisfatórias, prejudicadas, interrompidas ou desgastadas, bem como as relações estabelecidas com membros da rede com os quais se tem pouca interação.
Definição operacional: Relato de fragilização das relações sociais anteriormente constituídas, as quais se tornaram insatisfatórias, prejudicadas, interrompidas ou desgastadas; relações estabelecidas com membros da rede com os quais se tem pouca interação. Representação gráfica no mapa de rede de laços fracos, interrompidos ou desgastados.	Definição operacional: Relato de fragilização das relações sociais anteriormente constituídas, as quais se tornaram insatisfatórias, prejudicadas, interrompidas ou desgastadas; relações estabelecidas com membros da rede com os quais se tem pouca interação. Representação gráfica no mapa de rede de laços fracos, interrompidos ou desgastados.
12. Interações sociais negativas	**12. Interações sociais negativas**
Definição Conceitual: Interações sociais problemáticas entre os membros da rede social, que podem envolver a pessoa ou não. Conflitos, embates, discussões e desavenças entre os membros da rede.	Definição Conceitual: Interações sociais problemáticas entre os membros da rede social, que podem envolver a pessoa ou não. Conflitos, embates, discussões e desavenças entre os membros da rede.

Quadro 7 - Título e definições conceitual e operacional dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz antes e após sugestões dos juízes. Recife-PE, 2018. Continuação

INDICADORES CLÍNICOS	
ANTES DAS SUGESTÕES	**APÓS AS SUGESTÕES**
Definição operacional: Relato da existência de interações sociais problemáticas ou conflituosas entre os membros da rede, que podem envolver a pessoa ou não. Relato da existência de embates, discussões e desavenças entre os membros da rede.	Definição operacional: Relato da existência de interações sociais problemáticas ou conflituosas entre os membros da rede, que podem envolver a pessoa ou não. Relato da existência de embates, discussões e desavenças entre os membros da rede.
13. Preconceito	**13. Preconceito**
Definição Conceitual: Ideia ou conceito negativo sobre a natureza de uma pessoa, formado antecipadamente e sem fundamento sério ou imparcial, pelo fato de esta ser percebida como membro de um grupo rejeitado pela rede social de apoio.	Definição Conceitual: Ideia ou conceito negativo sobre a natureza de uma pessoa, formado antecipadamente e sem fundamento sério ou imparcial, pelo fato de esta ser percebida como membro de um grupo rejeitado pela rede social de apoio.
Definição operacional: Relato de ter sofrido ideia ou conceito negativo, formado antecipadamente e sem fundamento sério ou imparcial, da sua pessoa, por parte dos membros da rede, pelo fato de ser percebida como membro de um grupo rejeitado mela rede social de apoio.	Definição operacional: Relato de ter sofrido ideia ou conceito negativo, formado antecipadamente e sem fundamento sério ou imparcial, da sua pessoa, por parte dos membros da rede, pelo fato de ser percebida como membro de um grupo rejeitado pela rede social de apoio. Sensação de discriminação.
14. Negligência às demandas de apoio	**14. Negligência às demandas de apoio**
Definição Conceitual: Desinteresse e menosprezo das demandas de apoio apresentadas pela pessoa.	Definição Conceitual: Desinteresse e menosprezo das demandas de apoio apresentadas pela pessoa.
Definição operacional: Relato de que os membros da rede menosprezam a importância, não tem interesse ou não reconhecem a sua necessidade de apoio.	Definição operacional: Relato de que os membros da rede menosprezam a importância, não tem interesse ou não reconhecem a sua necessidade de apoio.
15. Encorajamento de comportamentos negativos	**15. Estímulo a comportamentos negativos**
Definição Conceitual: Influências negativas realizadas pelos membros da rede social que estimulam o início ou continuação de comportamentos contraproducentes ou de risco.	Definição Conceitual: Influências negativas realizadas pelos membros da rede social que estimulam o início ou continuação de comportamentos contraproducentes ou de risco.
Definição operacional: Relato de que membros da rede social exercem influências negativas que estimulam o início ou continuação de comportamentos nocivos à saúde, ou que aumentam a vulnerabilidade; desencorajam bons comportamentos.	Definição operacional: Relato de que membros da rede social exercem influências negativas que estimulam o início ou continuação de comportamentos nocivos à saúde, ou que aumentam a vulnerabilidade; desencorajam bons comportamentos.
16. Subestimação da autoeficácia da pessoa	**16. Subestimação da autoeficácia**

Quadro 7 - Título e definições conceitual e operacional dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz antes e após sugestões dos juízes. Recife-PE, 2018. Continuação

INDICADORES CLÍNICOS	
ANTES DAS SUGESTÕES	**APÓS AS SUGESTÕES**
Definição Conceitual: Desvalorização da habilidade da pessoa acreditar nas suas capacidades e/ou controlar os eventos que afetam a sua vida. Exigência por parte dos membros da rede, da pessoa seguir determinados comportamentos ditados por eles.	Definição Conceitual: Desvalorização da habilidade de a pessoa acreditar nas suas capacidades e/ou controlar os eventos que afetam a sua vida.
Definição operacional: Relato de se sentir desvalorizado pelos membros da sua rede, sobre a sua habilidade de acreditar nas suas capacidades e/ou controlar os eventos que afetam a sua vida. Relato de exigência, por parte dos membros da rede, da pessoa seguir determinados comportamentos ditados por eles, diminuindo assim a sua autonomia.	Definição operacional: Relato de se sentir desvalorizado pelos membros da sua rede, sobre a sua habilidade de acreditar nas suas capacidades e/ou controlar os eventos que afetam a sua vida, diminuindo assim a sua autonomia.
17. Atitudes de culpabilização	**17. Atitudes de culpabilização**
Definição Conceitual: Atos que imputam à pessoa a culpa pelo seu problema atual, por não conseguir bons resultados de saúde, ou por não ter o comportamento socialmente esperado.	Definição Conceitual: Atos que imputam à pessoa a culpa pelo seu problema atual, por não conseguir bons resultados de saúde, ou por não ter o comportamento socialmente esperado.
Definição operacional: Descrição de atitudes provenientes dos membros da rede para imputar à pessoa a culpa pelo seu problema atual, por não conseguir bons resultados de saúde, ou por não ter o comportamento socialmente esperado.	Definição operacional: Descrição de atitudes provenientes dos membros da rede para gerar conflito de valores e imputar à pessoa o sentimento de erro pelo seu problema atual, por não conseguir bons resultados de saúde, ou por não ter o comportamento socialmente esperado.
18. Invasão de privacidade	**18. Invasão de privacidade**
Definição Conceitual: Intromissão desrespeitosa, em que membros da rede assumem postura de poder sobre o corpo e a intimidade da pessoa.	Definição Conceitual: Intromissão desrespeitosa, em que membros da rede assumem postura de poder sobre o corpo e a intimidade da pessoa.
Definição operacional: Narração de situação na qual os membros da rede atuaram de forma desrespeitosa, intrometendo-se em sua intimidade pessoal, revelando uma postura de poder, na qual a pessoa não teve o controle sobre si mesmo.	Definição operacional: Narração de situação em que os membros da rede violaram o direito à privacidade, e atuaram de forma desrespeitosa, intrometendo-se em sua intimidade pessoal, revelando uma postura de poder, na qual a pessoa não teve o controle sobre si mesmo.
19. Perda de confidencialidade	**19. Perda de confidencialidade**
Definição Conceitual: Perda da confiança que a informação sigilosa partilhada com membros da rede social será respeitada e utilizada somente para o propósito ao qual foi revelada.	Definição Conceitual: Informação sigilosa partilhada com membros da rede social revelada ou utilizada para propósitos diferentes dos previstos.

Quadro 7 - Título e definições conceitual e operacional dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz antes e após sugestões dos juízes. Recife-PE, 2018. Continuação

INDICADORES CLÍNICOS	
ANTES DAS SUGESTÕES	**APÓS AS SUGESTÕES**
Definição operacional: Relato de que suas informações sigilosas foram reveladas ou utilizadas para propósitos diferentes dos previstos por membros da rede.	Definição operacional: Relato de que suas informações sigilosas partilhadas com membros da rede social foram reveladas ou utilizadas para propósitos diferentes dos previstos.
20. Sobrecarga do cuidador principal	**20. Sobrecarga do cuidador principal**
Definição Conceitual: Problemas ou circunstâncias que afetam a saúde física e emocional, a vida social e a situação financeira do cuidador principal.	Definição Conceitual: Problemas ou circunstâncias, decorrentes da responsabilidade pelo cuidado à pessoa, que afetam a saúde física e emocional, a vida social e/ou a situação financeira do membro da rede responsável pela maioria dos cuidados à pessoa.
Definição operacional: Relato de que o membro da rede responsável pela maioria dos cuidados à pessoa está passando por problemas que afetam a sua saúde física e emocional, a vida social e a situação financeira, decorrentes da responsabilidade pelo cuidado à pessoa.	Relato de aumento das responsabilidades do membro da rede encarregado pela maioria dos cuidados à pessoa, acarretando problemas que afetam a sua saúde física e emocional, a vida social e a situação financeira.
21. Indisponibilidade para oferta de apoio social	**21. Indisponibilidade para oferta de apoio social**
Definição Conceitual: Impossibilidade ou falta de vontade de voluntariar-se a oferecer apoio social por parte dos membros da rede social.	Definição Conceitual: Impossibilidade ou falta de vontade de voluntariar-se a oferecer apoio social por parte dos membros da rede social.
Definição operacional: Relato de que a oferta de apoio não é espontânea, que os membros da rede social recusam-se, não têm tempo, têm medo ou não se dispõe a apoiar.	Definição operacional: Relato de que a oferta de apoio não é espontânea, que os membros da rede social recusam-se, não têm tempo, têm medo ou não se dispõe a apoiar.
24. Desvalorização do apoio social recebido	**24. Desvalorização do apoio social recebido**
Definição Conceitual: Pouco reconhecimento por parte da pessoa, do esforço executado pelos membros da rede social para lhe oferecer apoio	Definição Conceitual: Pouco reconhecimento por parte da pessoa, do esforço executado pelos membros da rede social para lhe oferecer apoio.
Definição operacional: Demonstração de ressentimento e ingratidão pelo apoio recebido dos membros da rede; dificuldades na percepção do apoio recebido; preferência por descrever experiências negativas em detrimento das positivas.	Definição operacional: Demonstração de ressentimento e ingratidão pelo apoio recebido dos membros da rede; dificuldades na percepção do apoio recebido; preferência por descrever experiências negativas em detrimento das positivas.
27. Baixa reciprocidade	**27. Baixa reciprocidade**
Definição Conceitual: Pouca mutualidade na realização de funções equivalentes às ações recebidas.	Definição Conceitual: Pouca mutualidade na realização de funções equivalentes às ações recebidas.

Quadro 7 - Título e definições conceitual e operacional dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz antes e após sugestões dos juízes. Recife-PE, 2018. Conclusão

INDICADORES CLÍNICOS	
ANTES DAS SUGESTÕES	**APÓS AS SUGESTÕES**
Definição operacional: Relato de que a pessoa não desempenha para o membro da rede funções equivalentes às que ele desempenha para ela, ou vice-versa. Assimetria das relações.	Definição operacional: Relato de que a pessoa não desempenha para o membro da rede funções equivalentes às que ele desempenha para ela, ou vice-versa. Assimetria das relações.

Fonte: a autora, 2018.

No caso dos fatores etiológicos, foram realizadas sugestões principalmente nas definições operacionais, para que estas fossem concisas e exprimissem apenas uma ideia. Também foi sugerida e acatada a troca de verbos das definições operacionais, por outros que relatassem ações passíveis de ser verificadas no momento da coleta de dados para a validação clínica.

Os juízes sugeriram a reescrita do título do fator antes denominado “Fragilidade da organização dos serviços institucionais em rede” para “Fragilidade da organização em rede dos serviços institucionais”, pois o título anterior não estava em consonância com as definições apresentadas para o mesmo.

No fator etiológico Rede social de tamanho menor, foi acrescentado o seguinte texto: O fator etiológico será considerado presente quando a pessoa informante relatar que considera insuficiente a quantidade de membros de sua rede social.

No fator Comprometimento insuficiente dos profissionais da saúde, a definição operacional foi alterada para: Relato de envolvimento inadequado dos profissionais da saúde, membros da rede social secundária, no atendimento às necessidades da pessoa. Assim foi descrito como uma forma do mesmo ser avaliado.

No fator relacionado Diferenças culturais, os juízes indicaram a necessidade de acrescentar na definição conceitual os termos “hábitos e crenças” para explicar com mais exatidão o que se entende por cultura, uma vez que a construção anterior da definição enfatizava mais a parte linguística.

No fator etiológico Falta de reconhecimento do apoio oferecido, a definição conceitual foi alterada conforme recomendação dos juízes, para especificar, dentre os atores da rede social, qual seria o apoiador e qual seria o que não reconhece o apoio. Assim, a definição conceitual inicialmente era: Ausência do sentimento de agradecimento e valorização do apoio

oferecido pela pessoa, e passou a ser: Ausência do sentimento de agradecimento e valorização, por parte da pessoa, do esforço executado pelos membros da rede social para lhe oferecer apoio.

Neste mesmo fator etiológico foram acrescidos outros elementos observáveis desse fator relacionado na definição operacional, com o objetivo de facilitar a sua verificação na etapa de validação clínica. Com estas alterações, a definição conceitual passou de: Relato de inexistência de sentimento de gratidão e valorização do apoio oferecido pela pessoa, por parte dos membros da rede, para: Relato de dificuldades em perceber o apoio recebido; preferência por descrever experiências negativas em detrimento das positivas; exaustão dos membros da rede por não ter seus esforços para apoiar reconhecidos pela pessoa.

No fator etiológico Déficit de conhecimento teórico-prático sobre a necessidade da pessoa, os juízes sugeriram, para construção das definições, a troca do termo competência por habilidade. A definição conceitual submetida a apreciação dos juízes foi: Pouca ou nenhuma competência teórica e técnica para identificação e atendimento à necessidade apresentada. Após o processa de validação, a mesma se transformou em: Pouca ou nenhuma habilidade teórica e prática para identificação e atendimento à necessidade apresentada. Pode se observar que o termo “técnica” foi substituído por “prática” uma vez que o conhecimento prático não está limitado à técnica.

Demais sugestões dos juízes quanto aos fatores etiológicos do diagnóstico estavam relacionadas à garantia da fluidez textual e objetividade dos termos. Estas foram analisadas uma a uma, as quais foram predominantemente consideradas.

O fator etiológico Indisposição para apoiar foi recomendado como Condição associada. Sugestão aceita, uma vez que a indisposição para apoiar não é um fenômeno sobre o qual a enfermagem pode atuar diretamente, mas que pode contribuir para o surgimento de uma rede social de apoio ineficaz. Outros fatores, que qualitativamente também foram recomendados como condição associada, acabaram sendo excluídos na análise estatística da relevância. No Quadro 8 são apresentados os fatores etiológicos antes e após as sugestões dos juízes.

Quadro 8 Título e definições conceituais e operacionais dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz antes e após sugestões dos juízes. Recife-PE, 2018. Continua

FATORES ETIOLÓGICOS	
ANTES DAS SUGESTÕES	**APÓS AS SUGESTÕES**
1. Baixa densidade da rede social	**1. Baixa densidade da rede social**
Definição Conceitual: Poucas relações estabelecidas entre os demais membros da rede social, independente da pessoa.	Definição Conceitual: Poucas relações estabelecidas entre os demais membros da rede social, independente da pessoa.
Definição operacional: Relato de que os membros da rede têm poucas relações entre si, sendo muitas vezes o único elo, a pessoa informante. O mapa de rede é representado com escassa quantidade de ligações entre os membros da rede.	Definição operacional: Relato de que os membros da rede têm poucas relações entre si, sendo muitas vezes o único elo, a pessoa. O mapa de rede é representado com escassa quantidade de ligações entre os membros da rede.
2. Rede social de tamanho menor	**2. Rede social de tamanho menor**
Definição Conceitual: Rede social com número reduzido de integrantes.	Definição Conceitual: Rede social com número reduzido de membros.
Definição operacional: Descrição de poucas pessoas participantes da rede social, caracterizando a formação de um mapa de rede com poucos membros que são responsáveis por oferecer todo o apoio necessário, em consonância com o atendimento das necessidades da pessoa.	Definição operacional: Descrição de poucas pessoas participantes da rede social, caracterizando a formação de um mapa de rede com poucos membros que são responsáveis por oferecer todo o apoio necessário, em consonância com o atendimento das necessidades da pessoa. O fator etiológico será considerado presente quando a pessoa informante relatar que considera insuficiente a quantidade de membros de sua rede social.
4. Comprometimento insuficiente dos profissionais da saúde	**4. Comprometimento insuficiente dos profissionais da saúde**
Definição Conceitual: Compromisso ou envolvimento debilitado/esmaecido e instável por parte dos profissionais da saúde como integrantes da rede social secundária no atendimento às necessidades da pessoa.	Definição Conceitual: Compromisso ou envolvimento debilitado/esmaecido e instável por parte dos profissionais da saúde como membros da rede social secundária no atendimento às necessidades da pessoa.
Definição Operacional: Compromisso ou envolvimento debilitado/esmaecido e instável por parte dos profissionais da saúde como integrantes da rede social secundária no atendimento às necessidades da pessoa.	Definição Operacional: Relato de envolvimento inadequado dos profissionais da saúde, membros da rede social secundária, no atendimento às necessidades da pessoa.
5. Impessoalidade nas relações profissional de saúde-paciente	**5. Impessoalidade nas relações profissional de saúde-paciente**
Definição Conceitual: Relações entre o profissional da saúde e a pessoa direcionadas por condutas de atendimento padronizadas, que não oferecem tratamento particular e personalizado.	Definição Conceitual: Relações entre o profissional da saúde e a pessoa direcionadas por condutas de atendimento padronizadas, que não oferecem tratamento particular e personalizado.

Quadro 8 Título e definições conceituais e operacionais dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz antes e após sugestões dos juízes. Recife-PE, 2018. Continuação

FATORES ETIOLÓGICOS	
ANTES DAS SUGESTÕES	**APÓS AS SUGESTÕES**
Definição Operacional: A pessoa verbaliza que o profissional da saúde estabelece pouco vínculo e confiança, e não individualiza as condutas às suas necessidades, transmitindo orientações e prestando cuidados padronizados.	Definição Operacional: A pessoa verbaliza que o profissional da saúde estabelece pouco vínculo e confiança, e não individualiza as condutas às suas necessidades, transmitindo orientações e prestando cuidados padronizados.
6. Práticas intrusivas dos profissionais da saúde	**6. Práticas intrusivas dos profissionais da saúde**
Definição Conceitual: Conduta clínica dos profissionais da saúde caracterizada por realização de ações sem ter habilidade e/ou permissão para tal.	Definição Conceitual: Conduta clínica dos profissionais da saúde caracterizada por realização de ações sem ter permissão para tal.
Definição Operacional: Narração de situações nas quais o profissional da saúde desenvolveu ações de forma insensível, indelicada e invasiva; tomada de atitudes sem prévio consentimento da pessoa; realização de ações de cuidado sem priorizar o ensino do autocuidado.	Definição Operacional: Narração de situações nas quais o profissional da saúde desenvolveu ações de forma insensível, indelicada e invasiva; tomada de atitudes sem prévio consentimento da pessoa; realização de ações de cuidado sem priorizar autocuidado. O fator estará presente quando a pessoa relatar pelo menos uma das situações acima.
7. Fragilidade da organização dos serviços institucionais em rede	**7. Fragilidade da organização em rede dos serviços institucionais**
Definição Conceitual: Precariedade da interligação entre os diversos serviços institucionais formais e de mercado, de forma a mobilizar seus recursos para alcançar objetivos em comum; falta de integração interinstitucional.	Definição Conceitual: Precariedade da interligação entre os diversos serviços institucionais formais e de mercado, de forma a mobilizar seus recursos para alcançar objetivos em comum; falta de integração interinstitucional.
Definição operacional: Relato de que os serviços – saúde, institucionais formais ou de mercado – não se articulam para resolver de forma integral e definitiva o problema apresentado.	Definição operacional: Relato de que os serviços – saúde, institucionais formais ou de mercado – não se articulam para resolver de forma integral e definitiva o problema apresentado.
8. Déficit de profissionais da saúde	**8. Déficit de profissionais da saúde**
Definição Conceitual: Quantidade de profissionais insuficiente para o atendimento adequado às demandas apresentadas pela pessoa e sua rede social.	Definição Conceitual: Quantidade de profissionais insuficiente para e/ou falta de tempo para o atendimento adequado às demandas apresentadas pela pessoa e sua rede social.
Definição operacional: Relato de falta de profissional de determinada especialidade solicitada, ausência de equipe multidisciplinar, ou falta de tempo do profissional para prestar uma assistência conforme preconizado devido à sobrecarga de trabalho.	Definição operacional: Relato de falta de profissional de determinada especialidade solicitada, ausência de equipe multidisciplinar, ou falta de tempo do profissional para prestar uma assistência conforme preconizado devido à sobrecarga de trabalho.

Quadro 8 Título e definições conceituais e operacionais dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz antes e após sugestões dos juízes. Recife-PE, 2018. Continuação

FATORES ETIOLÓGICOS	
ANTES DAS SUGESTÕES	**APÓS AS SUGESTÕES**
9. Dificuldades no acesso geográfico aos serviços da rede social secundária	**9. Dificuldades no acesso geográfico aos serviços da rede social secundária**
Definição Conceitual: Existência de obstáculos relacionados à localização geográfica que dificultam o deslocamento da pessoa em direção aos serviços, envolvendo distância linear, tempo de locomoção e custos relacionados ao deslocamento.	Definição Conceitual: Existência de obstáculos relacionados à localização física que dificultam o deslocamento da pessoa em direção aos serviços, envolvendo distância linear, tempo de locomoção e custos relacionados ao deslocamento.
Definição operacional: Narração de que o local físico das instituições prestadoras de serviços é, em relação à pessoa, considerado distante, de difícil transporte, e/ou demanda muito tempo ou alto custo para deslocamento.	Definição operacional: Narração de que o local físico das instituições prestadoras de serviços é, em relação à pessoa, considerado distante, de difícil transporte, e/ou demanda muito tempo ou alto custo para deslocamento.
11. Demanda excessiva de apoio	**11. Demanda excessiva de apoio**
Definição Conceitual: Necessidade de apoio excessiva por parte da pessoa.	Definição Conceitual: Necessidade de apoio excessiva por parte da pessoa.
Definição operacional: Relato verbal de que a sua necessidade de apoio é excessiva, podendo chegar a esgotar os recursos materiais disponíveis na rede social.	Definição operacional: Relato verbal de que a sua necessidade de apoio é excessiva, podendo chegar a esgotar os recursos materiais e/ou emocionais disponíveis na rede social.
12. Receio da pessoa em busca de apoio	**12. Receio da pessoa em busca de apoio**
Definição Conceitual: Apreensão, resistência ou decisão de não buscar o apoio necessário junto aos integrantes da rede social.	Definição Conceitual: Apreensão, resistência ou decisão de não buscar o apoio necessário junto aos membros da rede social.
Definição operacional: Manifestação de apreensão, resistência ou decisão de não buscar apoio dentre os integrantes da rede social, para impedir incomodá-los ou sobrecarrega-los; evitar sentimentos de dívida, humilhação e dependência; se proteger de contatos com pessoas nocivas.	Definição operacional: Manifestação de apreensão, resistência ou decisão de não buscar apoio dentre os membros da rede social, para impedir incomodá-los ou sobrecarrega-los; evitar sentimentos de dívida, humilhação e dependência; se proteger de contatos com pessoas nocivas.
13. Desconfiança da competência do outro	**13. Desconfiança da competência do outro**
Definição Conceitual: Falta de confiança na capacidade de um ou mais membros da rede social em prestar apoio.	Definição Conceitual: Falta de confiança na capacidade de um ou mais membros da rede social em prestar apoio.
Definição operacional: Relato de falta de confiança na capacidade de um ou mais membros da rede em prestar apoio.	Definição operacional: Relato de falta de confiança na capacidade de um ou mais membros da rede em prestar apoio.
14. Falta de sociabilidade	**14. Falta de sociabilidade**

Quadro 8 Título e definições conceituais e operacionais dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz antes e após sugestões dos juízes. Recife-PE, 2018. Continuação

FATORES ETIOLÓGICOS	
ANTES DAS SUGESTÕES	**APÓS AS SUGESTÕES**
Definição Conceitual: Falta de habilidade para conviver socialmente e se comunicar com outros indivíduos de forma a gerar empatia e aceitação, e garantir a formação de relacionamentos interpessoais significativos.	Definição Conceitual: Falta de habilidade para conviver socialmente e se comunicar com outros indivíduos de forma a gerar empatia e aceitação, e garantir a formação de relacionamentos interpessoais significativos.
Definição operacional: Relato de dificuldade de conviver em sociedade e se comunicar com outros indivíduos para gerar empatia e aceitação, impedindo que estes sejam apoiadores.	Definição operacional: Relato de dificuldade de conviver em sociedade e se comunicar com outros indivíduos para gerar empatia e aceitação, impedindo que estes sejam apoiadores.
15. Recusa do apoio	**15. Recusa do apoio**
Definição Conceitual: Não aceitação do apoio ofertado.	Definição Conceitual: Não aceitação do apoio ofertado.
Definição operacional: Relato de que prefere resolver suas situações sozinho, sem aceitar o apoio oferecido pelos membros da rede, afastando assim uma possível sensação de vulnerabilidade por precisar da ajuda de outros.	Definição operacional: Relato de que prefere resolver suas situações sozinho, sem aceitar o apoio oferecido pelos membros da rede social.
16. Incapacidade de acessar os serviços da rede social secundária	**16. Incapacidade de acessar os serviços da rede social secundária**
Definição Conceitual: Falta de habilidade e autonomia para buscar os serviços prestados nas instituições que formam a rede secundária de forma autônoma e orientada.	Definição Conceitual: Falta de habilidade para buscar os serviços prestados nas instituições que formam a rede secundária de maneira autônoma e orientada.
Definição operacional: Relato verbal de falta de habilidade para, por conta própria, acessar adequadamente os serviços prestados nas instituições que formam a rede social secundária.	Definição operacional: Relato verbal de falta de habilidade para, por conta própria, acessar adequadamente os serviços prestados nas instituições que formam a rede social secundária.
17. Isolamento social	**17. Isolamento social**
Definição Conceitual: Falta de engajamento social, decorrente de poucos contatos sociais, e ausência de senso de pertença social, sendo estas situações percebidas como um estado negativo ou ameaçador.	Definição Conceitual: Falta de engajamento social, decorrente de poucos contatos sociais, e ausência de senso de pertença social, sendo estas situações percebidas como um estado negativo ou ameaçador.
Definição operacional: Relato de ter um número reduzido de contatos sociais, representados no mapa de rede como laços fracos, conflituosos ou rompidos; sentimentos de solidão e falta de pertença social.	Definição operacional: Relato número reduzido de contatos sociais, representados no mapa de rede como laços fracos, conflituosos ou rompidos; sentimentos de solidão e falta de pertença social.
19. Mudança de domicílio	**19. Mudança de domicílio**
Definição Conceitual: Troca de localidade onde se tem a residência.	Definição Conceitual: Troca de localidade da residência.

Quadro 8 Título e definições conceituais e operacionais dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz antes e após sugestões dos juízes. Recife-PE, 2018. Continuação

FATORES ETIOLÓGICOS	
ANTES DAS SUGESTÕES	**APÓS AS SUGESTÕES**
Definição operacional: Relato de mudança de localidade onde reside, dificultando a manutenção das relações anteriormente estabelecidas com a rede social primária.	Definição operacional: Relato de mudança de localidade onde reside, dificultando a manutenção das relações anteriormente estabelecidas com a rede social primária.
20. Diferenças culturais	**20. Diferenças culturais**
Definição Conceitual: Falta de sintonia entre a cultura e linguística originária da pessoa e a do seu ambiente social atual.	Definição Conceitual: Falta de sintonia entre a cultura, hábitos, crenças e linguística originária da pessoa e a do seu ambiente social atual.
Definição operacional: Relato de que não fala a mesma língua que as pessoas do seu convívio social atual, sofrimento devido à depreciação da sua cultura de origem, e falta de sensibilidade cultural dos possíveis apoiadores.	Definição operacional: Relato de que não fala a mesma língua que as pessoas do seu convívio social atual, sofrimento devido à depreciação da sua cultura de origem, e falta de sensibilidade cultural dos possíveis apoiadores.
21. Centralização da responsabilidade pelo cuidado	**21. Centralização da responsabilidade pelo cuidado**
Definição Conceitual: Atendimento às demandas de cuidado da pessoa focado em um único membro da rede social.	Definição Conceitual: Atendimento às demandas de cuidado da pessoa focado em um único membro da rede social.
Definição operacional: Narração de que o atendimento às suas necessidades de apoio é realizado exclusiva ou predominantemente por um único integrante da rede social, que assume toda responsabilidade.	Definição operacional: Narração de que o atendimento às suas necessidades de apoio é realizado exclusiva ou predominantemente por um único membro da rede social, que assume toda responsabilidade.
22. Restrição da atuação de algum membro da rede social	**22. Restrição da atuação de membros da rede social**
Definição Conceitual: Limitação ou impossibilidade de algum membro da rede social oferecer apoio.	Definição Conceitual: Limitação ou impossibilidade de um ou mais membros da rede social oferecer apoio.
Definição operacional: Relato de limitação ou impossibilidade de algum dos membros da rede para ofertar o apoio necessário, devido a adoecimento, morte, separações ou outras situações que levam a falta de relacionamentos significativos.	Definição operacional: Relato de limitação ou impossibilidade de membros da rede para ofertar o apoio necessário, devido a adoecimento, morte, separações ou outras situações que levam a fragilização de relacionamentos significativos.
23. Displicência no papel de apoiador	**23. Displicência no papel de apoiador**
Definição Conceitual: Atitudes de descomprometimento com a necessidade da pessoa apresentadas por membros da rede.	Definição Conceitual: Atitudes de descomprometimento com a necessidade da pessoa apresentadas por membros da rede.

Quadro 8 Título e definições conceituais e operacionais dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz antes e após sugestões dos juízes. Recife-PE, 2018. Continuação

FATORES ETIOLÓGICOS	
ANTES DAS SUGESTÕES	**APÓS AS SUGESTÕES**
Definição operacional: Relato verbal de que os membros da rede não têm os atributos esperados para um apoiador, e são qualificados como não-comprometidos, não-confiáveis, indiferentes, abusivos, e impedem a pessoa de buscar ajuda em outras fontes de apoio.	Definição operacional: Relato verbal de que os membros da rede não têm os atributos esperados para um apoiador, e são qualificados como não-comprometidos, não-confiáveis, indiferentes, abusivos, e impedem a pessoa de buscar ajuda em outras fontes de apoio.
24. Déficit de laços fortes	**24. Déficit de laços fortes**
Definição Conceitual: Falta de ligações socialmente próximas, que envolvam a disponibilidade de passar tempo com a pessoa e profundidade de relacionamentos.	Definição Conceitual: Falta de ligações socialmente próximas, que envolvam a disponibilidade de passar tempo com a pessoa e profundidade de relacionamentos.
Definição operacional: Relato da existência de pouco ou nenhum relacionamento próximo com que se tenha convivência contínua. Representação no mapa de rede de pouco ou nenhum laço forte.	Definição operacional: Relato da existência de pouco ou nenhum relacionamento próximo com que se tenha convivência contínua. Representação no mapa de rede de pouco ou nenhum laço forte.
25. Laços desfeitos	**25. Laços desfeitos**
Definição Conceitual: Vínculos anteriormente estabelecidos com membros da rede que foram interrompidos ou rompidos.	Definição Conceitual: Vínculos anteriormente estabelecidos com membros da rede que foram interrompidos ou rompidos.
Definição operacional: Relato de rompimento de vínculos anteriormente estabelecidos com membros da rede. Representação no mapa de rede de laços interrompidos/desgastados ou rompidos.	Definição operacional: Relato de rompimento ou interrupção de vínculos anteriormente estabelecidos com membros da rede. Representação no mapa de rede de laços interrompidos, desgastados ou rompidos.
26. Laços geradores dependência	**26. Laços geradores de dependência**
Definição Conceitual: Vínculos estabelecidos com membros da rede que causam dependência do auxílio fornecido a partir dessa conexão; relações que condicionam a pessoa a manter a dependência dos serviços padronizados oferecidos por instituições à população em geral.	Definição Conceitual: Vínculos estabelecidos com membros da rede que causam dependência do auxílio fornecido a partir dessa conexão; relações que condicionam a pessoa a manter a dependência dos serviços padronizados oferecidos por instituições à população em geral.
Definição operacional: Relato de possuir relações sociais com pessoas que o tornam dependente do auxílio fornecido em decorrência do laço estabelecido; ou relações que o condicionam a manter a dependência dos serviços de bem-estar padronizados oferecidos à população em geral.	Definição operacional: Relato de possuir relações sociais com pessoas que o tornam dependente do auxílio fornecido em decorrência do laço estabelecido; ou relações que o condicionam a manter a dependência dos serviços de bem-estar padronizados oferecidos à população em geral.
27. Falta de reconhecimento do apoio oferecido	**27. Falta de reconhecimento do apoio oferecido**

Quadro 8 Título e definições conceituais e operacionais dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz antes e após sugestões dos juízes. Recife-PE, 2018. Conclusão

FATORES ETIOLÓGICOS	
ANTES DAS SUGESTÕES	**APÓS AS SUGESTÕES**
Definição Conceitual: Ausência do sentimento de agradecimento e valorização do apoio oferecido pela pessoa.	Definição Conceitual: Ausência do sentimento de agradecimento e valorização, por parte da pessoa, do esforço executado pelos membros da rede social para lhe oferecer apoio.
Definição operacional: Relato de inexistência de sentimento de gratidão e valorização do apoio oferecido pela pessoa, por parte dos membros da rede.	Definição operacional: Relato de dificuldades em perceber o apoio recebido; preferência por descrever experiências negativas em detrimento das positivas; exaustão dos membros da rede por não ter seus esforços para apoiar reconhecidos pela pessoa.
28. Falta de reciprocidade ao apoio recebido	**28. Pouca reciprocidade ao apoio recebido**
Definição Conceitual: Ausência de ações que expressem mutualidade ao apoio oferecido.	Definição Conceitual: Pouca ou nenhuma mutualidade na realização de funções equivalentes às ações recebidas.
Definição operacional: Relato de não execução, por parte dos membros da rede, de algum auxílio recompensador ao apoio oferecido.	Definição operacional: Relato de que não desempenha para o membro da rede funções equivalentes às que ele desempenha para ela, ou vice-versa.
30. Indisposição para apoiar	**30. Indisposição para apoiar** (Condição associada)
Definição Conceitual: Membros da rede social indisponíveis para proporcionar o apoio necessário.	Definição Conceitual: Membros da rede social indisponíveis para proporcionar o apoio necessário.
Definição operacional: Relato de que membros da rede que poderiam ser fontes de apoio estão ocupados em suas próprias atividades, sendo indisponíveis para atender às demandas da pessoa.	Definição operacional: Relato de que membros da rede que poderiam ser fontes de apoio estão ocupados em suas próprias atividades, sendo indisponíveis para atender às demandas da pessoa.
31. Déficit de conhecimento teórico-prático sobre a necessidade da pessoa	**31. Déficit de conhecimento teórico-prático sobre a necessidade da pessoa**
Definição Conceitual: Pouca ou nenhuma competência teórica e técnica para identificação e atendimento à necessidade apresentada.	Definição Conceitual: Pouca ou nenhuma habilidade teórica e prática para identificação e atendimento à necessidade apresentada.
Definição operacional: Relato de que os membros da rede nunca vivenciaram a situação experienciada pela pessoa, têm pouco ou nenhum conhecimento teórico e/ou técnico, ou são incompetentes para oferecer a ajuda solicitada.	Definição operacional: Relato de que os membros da rede têm pouco ou nenhum conhecimento teórico e/ou prático, ou são incompetentes para oferecer a ajuda solicitada.

Fonte: a autora, 2018.

6.3 Validação clínica

Entre as 285 mulheres/nutrizes que participaram da validação clínica, 82% tinha idade superior ou igual a 20 anos, com uma mediana de 25 anos, 69,9% eram casadas ou viviam em união estável, 41,8% não possuíam religião, 43,9% concluíram o ensino médio, e 61,8% mencionaram uma renda familiar de um a dois salários mínimos (Tabelas 10 e 11). Com relação às variáveis quantitativas obteve-se mediana de oito consultas pré-natais realizadas; 60 dias para a idade do filho mais novo e mediana de dois filhos vivos por mulher participante (Tabela 11).

Tabela 10 Características socioeconômicas das mulheres/nutrizes participantes do estudo. Recife-PE, 2019.

VARIÁVEIS	**n=285**	**%**
Idade (anos)		
≤ 20	63	22,1
21 |-| 30	152	53,3
31 |-| 40	67	23,5
≥41	3	1,1
Estado civil		
Solteira	80	28,1
União estável	131	46,0
Casada	68	23,9
Separada/divorciada	4	5,1
Viúva	2	0,7
Religião		
Católica	84	29,5
Evangélica	79	27,7
Espírita	2	0,7
Sem religião	119	41,8
Outros	1	0,4
Escolaridade		
Fundamental Incompleto	54	18,9
Fundamental Completo	19	6,7
Médio Incompleto	62	21,8
Médio Completo	125	43,9
Superior Incompleto	14	4,9
Superior Completo	11	3,9
Renda familiar (em Salários Mínimos)*		
< 1	94	33,0
1-2	176	61,8
≥3	15	5,3

*Salário Mínimo vigente em 2019 = R$ 998,00.
Fonte: a autora, 2019.

Tabela 11 Variáveis quantitativas da caracterização das mulheres/nutrizes participantes do estudo. Recife-PE, 2019.

VARIÁVEIS	Mediana ($Q_3 – Q_1$)	p-valor*
Idade	25 (30 – 21)	<0,001
Número de consultas de pré-natal	8 (10 – 6)	<0,001
Número de filhos vivos	2 (2 – 1)	<0,001
Idade do filho mais novo (dias)	60 (60 – 32)	<0,001

* Teste *Kolmogorov- Smirnov* de normalidade das variáveis
Fonte: a autora, 2019.

Das entrevistadas, 98,6% realizaram pré-natal, e destas, 89,7% compareceram a seis ou mais consultas. Esse acompanhamento ocorreu em 75,1% dos casos nas instituições de Atenção Primária à Saúde. Orientações sobre amamentação foram recebidas por 73,3% das mulheres/nutrizes, 65,6% não tiveram intercorrências durante a última gravidez, o parto do filho mais novo de 61,1% das mulheres foi vaginal e em 65,3%, esse filho foi colocado no peito na primeira hora de vida. O número de filhos variou de um a dez, com uma mediana de dois filhos por mulher. A amamentação exclusiva do filho anterior até os seis meses de vida foi relatada por 37,2% das participantes do estudo. A idade do filho mais novo ficou na faixa etária de 23 a 74 dias, com uma mediana de 60 (60 – 32) dias, 68,1% dessas crianças estavam em aleitamento materno exclusivo; 94% das mulheres expressaram o desejo de continuar amamentando esse filho e 57,9% delas mencionaram ter recebido algum tipo de apoio para amamentar (Tabela 12).

Tabela 12 Características maternas, da assistência durante o período gestacional e da amamentação do filho atual. Recife-PE, 2019. Continua

VARIÁVEIS	n=285	%
Realização de pré-natal		
Sim	281	98,6
Não	4	1,4
Nº de consultas de pré-natal		
< 6	25	8,9
≥ 6	256	89,7
Não realizou pré-natal	4	1,4
Local de realização do pré-natal		
Unidade de Atenção Primária à Saúde	214	75,1
Hospital	67	23,5
Não realizou pré-natal	4	1,4
Orientação sobre amamentação		

Tabela 12 Características maternas, da assistência durante o período gestacional e da amamentação do filho atual. Recife-PE, 2019. Continua

VARIÁVEIS	n=285	%
Não realizou pré-natal	3	1,1
Intercorrências na gestação atual		
Sim	98	34,4
Não	187	65,6
Tipo de parto		
Vaginal	174	61,1
Cesárea	111	38,9
Amamentação na primeira hora de vida		
Sim	186	65,3
Não	99	34,7
Nº de filhos vivos		
1	110	38,6
2	105	36,8
> 2	70	24,6
Amamentação exclusiva de filho anterior até os seis meses		
Sim	106	37,2
Não	68	23,9
Não tem outros filhos	111	38,9
Idade do filho atual (dias)		
≤ 30	63	22,2
>30	222	77,8
Tipo de amamentação do filho atual		
Aleitamento materno exclusivo	194	68,1
Aleitamento materno predominante	21	7,4
Aleitamento materno complementado	9	3,2
aleitamento materno misto	61	21,4
Desejo de continuar amamentando		
Sim	268	94,0
Não	17	6,0
Apoio para amamentar		
Sim	165	57,9
Não	120	42,1

Fonte: a autora, 2019.

Os indicadores clínicos mais presentes na amostra estudada foram Déficit de apoio instrumental dos serviços de saúde (59,3%), Imposição de comportamentos adequados (58,9%), Fragilidade dos vínculos (56,5%), e Interações sociais negativas (52,6%) (Tabela 13).

Tabela 13 Indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Recife-PE, 2019.

Indicadores clínicos da Rede social de apoio ineficaz	**Presença n= 285**	**%**	**IC 95%**
Déficit de apoio instrumental dos serviços de saúde	169	59,3	53,7 - 65,3
Imposição de comportamentos adequados	168	58,9	52,6 - 64,6
Fragilidade dos vínculos	161	56,5	50,9 - 62,1
Interações sociais negativas	150	52,6	46,7 - 58,2
Apoio oferecido diferente do apoio esperado	141	49,5	43,5 - 55,4
Desvalorização do apoio social recebido	130	45,6	40,0 - 51,6
Invasão de privacidade	129	45,3	39,6 - 51,2
Perda de confidencialidade	125	43,9	38,2 - 49,8
Subestimação da autoeficácia	123	43,2	37,5 - 48,8
Indisponibilidade para oferta de apoio social	119	41,8	35,8 - 47,4
Atitudes de culpabilização	117	41,1	34,7 - 46,7
Sobrecarga do cuidador principal	117	41,1	35,1 - 46,7
Apoio emocional diminuído	108	37,9	32,6 - 43,5
Apoio informativo inadequado	107	37,5	31,6 - 43,2
Negligência às demandas de apoio	107	37,5	31,6 - 43,2
Preconceito	94	33,0	27,7 - 38,6
Sentimento de abandono	81	28,4	23,2 - 34,0
Estímulo a comportamentos negativos	76	26,7	21,8 - 31,6
Baixa reciprocidade	56	19,6	14,7 - 24,2

Fonte: a autora, 2019.

Os fatores etiológicos do diagnóstico Rede social de apoio ineficaz mais frequentes foram Déficit de laços fortes (82,1%), Fragilidade da organização em rede dos serviços institucionais (65,6%), Indisposição para apoiar (63,9%), Recusa de apoio (60%), Déficit de profissionais da saúde (57,2%), Impessoalidade nas relações profissional da saúde-paciente

(56,8%), Displicência no papel de cuidador (56,8%), Centralização da responsabilidade pelo cuidado (55,4%), Receio da pessoa em busca de apoio (53,7%), Laços geradores de dependência (53%), Pouca reciprocidade do apoio recebido (50,5%) e Comprometimento insuficiente dos profissionais da saúde (50,2%) (Tabela 14).

Tabela 14 Fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Recife-PE, 2019. Continua

Fatores etiológicos da Rede social de apoio ineficaz	**Presença n=285**	**%**	**IC 95%**
Déficit de laços fortes	234	82,1	77,9 - 86,3
Fragilidade da organização em rede dos serviços institucionais	187	65,6	60,0 - 70,9
Indisposição para apoiar	182	63,9	57,9 - 69,5
Recusa de apoio	171	60,0	54,4 - 65,6
Déficit de profissionais da saúde	163	57,2	51,6 - 62,8
Impessoalidade nas relações profissional da saúde-paciente	162	56,8	50,9 - 62,8
Displicência no papel de cuidador	162	56,8	50,9 - 62,8
Centralização da responsabilidade pelo cuidado	158	55,4	49,5 - 61,1
Receio da pessoa em busca de apoio	153	53,7	48,1 - 59,3
Laços geradores de dependência	151	53	47,4 - 58,6
Pouca reciprocidade ao apoio recebido	144	50,5	44,9 - 56,5
Comprometimento insuficiente dos profissionais da saúde	143	50,2	44,6 - 55,8
Déficit de conhecimento teórico-prático sobre a necessidade da pessoa	137	48,1	42,5 - 54,0
Baixa densidade da rede social	136	47,7	41,8 - 53,7
Laços desfeitos	133	46,7	40,7 - 52,6
Falta de sociabilidade	108	37,9	32,3 - 43,9
Incapacidade de acessar os serviços da Rede social secundária	105	36,8	31,2 - 42,8
Restrição da atuação dos membros da Rede social	104	36,5	30,9 - 42,4
Desconfiança da competência do outro	99	34,7	29,5 - 40,4
Falta de reconhecimento do apoio oferecido	96	33,7	27,7 - 38,9

Tabela 14 Fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Recife-PE, 2019. Conclusão

Fatores etiológicos da Rede social de apoio ineficaz	**Presença n=285**	**%**	**IC 95%**
Demanda excessiva de apoio	91	31,9	26,7 - 37,5
Isolamento social	90	31,6	26,3 - 37,2
Práticas intrusivas dos profissionais da saúde	81	28,4	23,5 - 33,3
Diferenças culturais	54	18,9	14,0 - 23,9
Mudança de domicílio	27	9,5	6,3 - 13,0
Dificuldade de acesso geográfico aos serviços da Rede social secundária	24	8,4	5,3 - 11,9

Fonte: a autora, 2019.

Os 19 indicadores clínicos (IC) submetidos à análise de classes latentes (duas classes latentes, uma é a sensibilidade e outra é a especificidade) permitiram o ajuste mais adequado do modelo contendo seis indicadores clínicos. Os valores da sensibilidade de todos eles foi superior a 0,5: Atitudes de culpabilização (0,7279), Preconceito (0,6376), Apoio emocional diminuído (0,6685), Apoio oferecido diferente do apoio esperado (0,8003), Negligência às demandas de apoio (0,6751), Perda de confidencialidade (0,7573). Quanto à especificidade, os valores obtidos foram altos: Atitudes de culpabilização (0,8524), Preconceito (0,9252), Apoio emocional diminuído (0,8609), Apoio oferecido diferente do apoio esperado (0,7584), Negligência às demandas de apoio (0,8728), Perda de confidencialidade (0,8254). Em relação ao ajuste, o p-valor 0,170 atesta o ajuste adequado do modelo. A entropia, que reflete a capacidade do modelo de separar as classes foi 0,76, considerada suficiente de acordo com sua proximidade do valor 1,00. A prevalência estimada do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz foi 45,31% na amostra de mulheres/nutrizes (Tabela 15).

Tabela 15 Modelo de classe latente para os indicadores clínicos válidos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Recife-PE, 2019.

Indicadores clínicos	**Sens.***	**IC95%**		**Espec.†**	**IC95%**	
IC9 - **Apoio oferecido diferente do apoio esperado**	0,8003	0,6930	0,8682	0,7584	0,6629	0,8262
IC19 - **Perda de confidencialidade**	0,7573	0,6516	0,8227	0,8254	0,7272	0,8840
IC17 - **Atitudes de culpabilização**	0,7279	0,6254	0,8029	0,8524	0,7609	0,9079
IC14 - **Negligência às demandas de apoio**	0,6751	0,5745	0,7653	0,8728	0,7819	0,9219
IC3 - **Apoio emocional diminuído**	0,6685	0,5675	0,7508	0,8609	0,7736	0,9131
IC13 - **Preconceito**	0,6376	0,5456	0,7328	0,9252	0,8028	0,9707
Prev. ‡: 45,31%	G^2: 59,4	GL: 50		p = 0,170	Entropia: 0,76	

*Sens.= Sensibilidade; †Espec.= Especificidade; ‡Prev.: Prevalência estimada do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz
Fonte: a autora, 2019.

As probabilidades posteriores de se identificar ou não o diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz na presença ou ausência dos seis indicadores clínicos foram distribuídas em 58 conjuntos de observações, compostos por entrevistas nas quais os mesmos indicadores clínicos foram classificados como presentes ou ausentes. A ausência de todos os seis indicadores, e, portanto a ausência do diagnóstico foi apresentada no conjunto contendo 66 das 285 observações. Probabilidades mais elevadas da presença do diagnóstico podem ser verificadas em conjunto com presença de pelo menos três indicadores clínicos (Tabela 16).

Tabela 16 Probabilidades posteriores da presença ou ausência do diagnóstico Rede social de apoio ineficaz de acordo com a presença (1) ou ausência (0) dos indicadores clínicos em conjunto. Recife-PE, 2019. Continua

Conj. *	**Indicador Clínico**						**n**	**RSAI††**	
	IC17†	**IC13‡**	**IC3§**	**IC9||**	**IC14¶**	**IC19****		**Presente**	**Ausente**
1	0	0	0	0	0	0	66	0,00	1,00
2	0	0	0	0	0	1	10	0,02	0,98
3	0	0	0	0	1	0	8	0,02	0,98
4	0	0	0	0	1	1	1	0,19	0,81
5	0	0	0	1	0	0	14	0,01	0,99
6	0	0	0	1	0	1	6	0,18	0,82
7	0	0	0	1	1	0	5	0,17	0,83

Tabela 16 Probabilidades posteriores da presença ou ausência do diagnóstico Rede social de apoio ineficaz de acordo com a presença (1) ou ausência (0) dos indicadores clínicos em conjunto. Recife-PE, 2019. Continua

Conj. *	Indicador Clínico						n	RSAI††	
	IC17†	IC13‡	IC3§	IC9||	IC14¶	IC19**		Presente	Ausente
8	0	0	0	1	1	1	4	0,75	0,25
9	0	0	1	0	0	0	4	0,01	0,99
10	0	0	1	0	0	1	2	0,17	0,83
11	0	0	1	0	1	0	3	0,17	0,83
12	0	0	1	0	1	1	3	0,75	0,25
13	0	0	1	1	0	0	6	0,15	0,85
14	0	0	1	1	0	1	3	0,73	0,27
15	0	0	1	1	1	0	2	0,72	0,28
16	0	0	1	1	1	1	1	0,97	0,03
17	0	1	0	0	0	0	3	0,02	0,98
18	0	1	0	0	0	1	3	0,27	0,73
19	0	1	0	0	1	1	2	0,84	0,16
20	0	1	0	1	0	0	2	0,24	0,76
21	0	1	0	1	0	1	2	0,82	0,18
22	0	1	0	1	1	1	3	0,99	0,01
23	0	1	1	0	0	0	1	0,24	0,76
24	0	1	1	0	0	1	1	0,82	0,18
25	0	1	1	1	0	0	4	0,80	0,20
26	0	1	1	1	0	1	3	0,98	0,02
27	0	1	1	1	1	0	4	0,98	0,02
28	0	1	1	1	1	1	2	1,00	0,00
29	1	0	0	0	0	0	10	0,02	0,98
30	1	0	0	0	0	1	3	0,21	0,79
31	1	0	0	0	1	1	2	0,79	0,21

Tabela 16 Probabilidades posteriores da presença ou ausência do diagnóstico Rede social de apoio ineficaz de acordo com a presença (1) ou ausência (0) dos indicadores clínicos em conjunto. Recife-PE, 2019. Continua

Conj. *	Indicador Clínico						n	RSAI††	
	IC17†	IC13‡	IC3§	IC9||	IC14¶	IC19**		Presente	Ausente
32	1	0	0	1	0	0	3	0,18	0,82
33	1	0	0	1	0	1	3	0,77	0,23
34	1	0	0	1	1	0	2	0,76	0,24
35	1	0	0	1	1	1	3	0,98	0,02
36	1	0	1	0	0	0	4	0,18	0,82
37	1	0	1	0	0	1	1	0,77	0,23
38	1	0	1	0	1	0	1	0,76	0,24
39	1	0	1	0	1	1	3	0,98	0,02
40	1	0	1	1	0	0	1	0,74	0,26
41	1	0	1	1	0	1	4	0,98	0,02
42	1	0	1	1	1	0	3	0,98	0,02
43	1	0	1	1	1	1	10	1,00	0,00
44	1	1	0	0	0	0	2	0,28	0,72
45	1	1	0	0	0	1	1	0,85	0,15
46	1	1	0	0	1	0	2	0,85	0,15
47	1	1	0	0	1	1	4	0,99	0,01
48	1	1	0	1	0	0	1	0,83	0,17
49	1	1	0	1	0	1	4	0,99	0,01
50	1	1	0	1	1	0	2	0,99	0,01
51	1	1	0	1	1	1	6	1,00	0,00
52	1	1	1	0	0	0	1	0,83	0,17
53	1	1	1	0	0	1	1	0,99	0,01
54	1	1	1	0	1	1	2	1,00	0,00
55	1	1	1	1	0	0	1	0,98	0,02

Tabela 16 Probabilidades posteriores da presença ou ausência do diagnóstico Rede social de apoio ineficaz de acordo com a presença (1) ou ausência (0) dos indicadores clínicos em conjunto. Recife-PE, 2019. Continua

Conj. *	Indicador Clínico						n	RSAI††	
	IC17†	IC13‡	IC3§	IC9||	IC14¶	IC19**		Presente	Ausente
56	1	1	1	1	0	1	8	1,00	0,00
57	1	1	1	1	1	0	5	1,00	0,00
58	1	1	1	1	1	1	24	1,00	0,00

*Conj. = Conjuntos de observações; †IC17= Atitudes de culpabilização; ‡IC13= Preconceito; §IC3= Apoio emocional diminuído; ||IC9= Apoio oferecido diferente do apoio esperado; ¶IC14= Negligência às demandas de apoio; **IC19= Perda de confidencialidade; ††RSAI= Rede social de apoio ineficaz.
Fonte: a autora, 2019.

Dos fatores etiológicos submetidos à regressão logística hierárquica, sete obtiveram p-valor inferior a 0,05, e, portanto, permaneceram no modelo final. São eles: Restrição da atuação de membros da rede social, Rede social de tamanho menor, Laços desfeitos, Falta de sociabilidade, Falta de reconhecimento do apoio oferecido, Desconfiança da competência do outro, e Diferenças culturais. A *Odds Ratio* foi maior que 1 em todos eles, comprovando a maior chance da Rede social de apoio ineficaz ocorrer em pessoas que apresentam algum desses fatores etiológicos, do que nas que não apresentam nenhum deles (Tabela 17).

Tabela 17 Fatores etiológicos ao diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz em mulheres/nutrizes. Recife-PE, 2019.

Variáveis	Coef. *	OR†	IC95%‡		z§	Valor p
Intercepto	-2,76	0,06	0,03	0,12	-8,34	<0,001
FE20 - **Diferenças culturais**	1,70	5,50	2,16	15,36	3,44	<0,001
FE27 - **Falta de reconhecimento do apoio oferecido**	1,40	4,08	2,06	8,27	3,98	<0,001
FE25 - **Laços desfeitos**	1,08	2,94	1,54	5,68	3,25	0,001
FE2 - **Rede social de tamanho menor**	1,01	2,75	1,39	5,51	2,89	0,004
FE14 - **Falta de sociabilidade**	0,97	2,65	1,37	5,14	2,90	0,004
FE13 - **Desconfiança da competência do outro**	0,93	2,55	1,29	5,05	2,70	0,007
FE22 - **Restrição da atuação de membros da rede social**	0,78	2,18	1,10	4,35	2,23	0,026

*Coef.= Coeficiente de regressão β
†OR = *Odds Ratio*
‡IC = Intervalo de confiança
§z = Teste z para significância dos coeficientes da regressão (distribuição normal padrão)

Fonte: a autora, 2019.

6.4 Apresentação da estrutura diagnóstica na classificação vigente da NANDA-I

Após a análise estatística que definiu os fatores etiológicos e indicadores clínicos que compuseram o diagnóstico Rede social de apoio ineficaz, eles foram analisados quanto a aderência à taxonomia II na NANDA-I, que na classificação 2018-2020 os distribui em características definidoras, fatores relacionados, condições associadas e populações de risco. A posição do diagnóstico na taxonomia também está apresentada, assim como os valores dos eixos componentes do sistema multiaxial (Quadro 9).

Quadro 9 Estrutura do diagnóstico Rede Social de apoio ineficaz de acordo com a classificação NANDA-I 2018-2020, para a população de mulheres/nutrizes. Recife-PE, 2019.

Título: **Rede social de apoio** ineficaz			
Domínio 7: Papéis e relacionamentos		Classe 3: Desempenho de papéis	
Foco (Eixo 1): Rede social de apoio Sujeito (Eixo 2): Grupo Julgamento (Eixo 3): Ineficaz Categoria (Eixo 7): Com foco no problema			
Definição: Incapacidade dos membros do grupo de contatos interpessoais e sistemas organizacionais em estabelecer interações sociais geradoras de apoio ao atendimento às necessidades da pessoa, família e coletividade.			
Características definidoras	**Fatores relacionados**	**Condições associadas**	**População em risco**
Atitudes de culpabilização	Rede social de tamanho menor	Laços desfeitos	Diferenças culturais
Preconceito	Falta de reconhecimento do apoio oferecido	-	-
Apoio emocional diminuído	Desconfiança da competência do outro	-	-
Apoio oferecido diferente do apoio esperado	Restrição da atuação de membros da rede social	-	-
Negligência às demandas de apoio	Falta de sociabilidade	-	-
Perda de confidencialidade	-	-	-

Fonte: a autora, 2019.

7 DISCUSSÃO

Os fenômenos de Enfermagem são identificados, e tornam-se objeto de assistência, configurando esta ciência em constante desenvolvimento. No caso da Rede social de apoio ineficaz, esse fenômeno já vinha sendo reconhecido e assistido por enfermeiros em diferentes cenários clínicos de diversas partes do mundo. No entanto, havia a lacuna de uma estrutura teórica para explicá-lo e transformar em diagnóstico de taxonomia internacionalmente aceita, que esse estudo vem completar. A construção da teoria de médio alcance para esse diagnóstico tomou como base preceitos da teoria de Rede social de Sanicola (2015), das ciências sociais; assim como conceitos e mapa de rede de Sluzki (1997), da psicologia, para construir uma teoria da Enfermagem.

Esse estudo foi conduzido no Brasil, e utilizou literatura mundial para construção da teoria. A população escolhida para validar clinicamente o diagnóstico foram mulheres que vivenciam a amamentação, uma vez que é um processo de intensas modificações e novas experiências que demandam a reorganização da rede para prover o apoio social. No entanto, ressalta-se que a TMA que subsidiou a proposição do diagnóstico foi elaborada para atender diferentes populações e processos do ciclo vital, assim como validação do conteúdo da estrutura diagnóstica por juízes.

A contribuição desse estudo para o raciocínio clínico consta na descrição dos padrões de resposta humana aos fenômenos existentes nas relações interpessoais. Com esse conhecimento, os enfermeiros poderão prestar assistência permeada pelo educar-cuidar em perspectiva crítica e problematizadora, na qual as coletividades são instigadas a refletir e transformar sua realidade. Sem isso, o conhecimento científico torna-se desvinculado do contexto utilizável na prática diária (ALVIM; FERREIRA, 2007).

Embora a rede social de apoio ineficaz envolva grupos de pessoas e as relações estabelecidas entre elas, a análise da rede social ancorada no sujeito exprime muito de sua percepção sobre os vínculos estabelecidos e as interações que ocorrem. Assim, a pessoa é um sistema aberto, um todo integrado e adaptável (TANIOKA, 2017), mediante as interações no contexto físico, simbólico e sociocultural. E além da percepção, a sua prática interativa pode ser determinante para proporcionar uma atuação efetiva da rede social.

Fatores inerentes à própria pessoa foram os mais frequentemente identificados nos artigos da revisão integrativa como causadores de uma rede social de apoio ineficaz. Tal fato revela a necessidade do enfermeiro estar atento à capacidade relacional da pessoa, que muitas vezes impossibilita a mobilização da rede social em prol do apoio a ela mesma.

Modelos de mobilização das redes sociais são precedidos pela exploração das redes, que objetiva evidenciar sua natureza nas dimensões estrutural, funcional e dinâmica das relações. Uma exploração das redes sociais ancoradas no sujeito deve se valer do olhar e da escuta para perceber a existência e os significados atribuídos aos laços estabelecidos entre as pessoas (SANICOLA, 2015).

Os fatos sociais são ações produzidas por pessoas em resposta a uma determinada situação, portanto faz-se necessário um olhar para as decisões individuais como origem dos fenômenos sociais (SILVA; FIALHO; SARAGOÇA, 2013). O entendimento de que os atores da rede social são seres ativos que através de ações e interações decorrentes de suas escolhas produzem e transformam as redes, dialoga com os achados da revisão, em que aspectos individuais são notáveis como causa de uma construção coletiva.

O fator mais prevalente nos estudos (15%) se refere à falta de sociabilidade, o qual reflete o comportamento da própria pessoa, no tocante à sua habilidade social para estabelecer e manter vínculos que possibilitem interações sociais significativas. Ainda na perspectiva da pessoa, o isolamento social e o receio na busca de apoio foram apresentados cada um em cinco estudos da revisão, demonstrando que quando a pessoa apresenta comportamentos socialmente inadequados ou retraídos, pode levar à ineficácia da rede social como um todo.

O posicionamento da pessoa frente as possibilidades de apoio, como a desconfiança da competência do outro, a recusa do apoio e a falta de reconhecimento do apoio oferecido pode causar uma rede social de apoio ineficaz, ao passo que os potenciais apoiadores sentem-se desvalorizados e perdem o interesse em apoiar. Nesses casos, cabe entender o real motivo das atitudes misantropas. A história de vida da pessoa pode ter sido entremeada por situações difíceis, como o etilismo, que costuma ser acompanhado de agressividade e independência que contrastam com atitudes de buscar e aceitar ajuda (SANTANA; ZANIN; MANIGLIA, 2008).

Comportamentos referentes a atuação dos membros da rede são particularmente notados quando provém de profissionais da saúde atuantes nos serviços procurados pela pessoa, tendo sido listados a partir da revisão: Comprometimento insuficiente, Impessoalidade nas relações profissional de saúde-paciente e Práticas intrusivas. Tais situações refletem posturas de profissionais que não se veem como integrantes da rede social dos seus pacientes, contribuindo para sua fragmentação e fragilidade, com pouco envolvimento coletivo (DUTRA, 2013). Para vencer essas barreiras, a atuação do enfermeiro deve ser pautada na escuta qualificada, com atenção às experiências, saberes e significados que a pessoa, família e

demais membros da rede social carregam, que propicia a construção conjunta do cuidado e se distancia das imposições terapêuticas (MACHADO *et al.*, 2018).

Assim como a atuação dos profissionais, a fragilidade da organização dos serviços em rede surgiu nos estudos, esse tipo de coordenação dos serviços, quando existente, permite a integralidade e universalidade do cuidado. Aqui, foi descrito o contrário, num processo de fragmentação, constituído por um conjunto de pontos isolados de atendimento sem comunicação eficiente entre eles, que os impossibilita de prestar uma assistência integral e contínua (MENDES, 2011).

A função de apoio social é a mais importante desempenhada pela rede social (SANICOLA, 2015), e, para tanto, os seus membros devem ter consciência do seu papel de oferecer algum tipo de ajuda à pessoa. A displicência no papel de apoiador, indisposição para apoiar e restrição da atuação de algum membro da rede social são situações que refletem a ineficácia da rede, denotando o caráter mutável do apoio social.

As ações humanas não ocorrem em um vácuo simbólico, elas são inevitavelmente permeadas por significações (MEDRADO, 1999). E esse universo simbólico de contextos culturais é intrínseco à interpretação de realidade de cada um. Diferenças culturais estiveram presentes (10% dos estudos) e representam situações nas quais a pessoa não fala o mesmo idioma, ou tem origem étnica e cultural diferente das demais pessoas com as quais convive e poderia estabelecer contato social. Tais diferenças podem gerar preconceito e impossibilidade de formação de uma rede social de apoio eficaz.

A amplitude da rede social é equivalente ao seu tamanho, e corresponde ao número de membros (SANICOLA, 2015). As redes menores foram evidenciadas em 12,5% dos artigos; redes com muitos integrantes, por sua vez, foram identificadas como causas de ineficácia em apenas 2,5%. Essa diferença pode ser atribuída ao impacto direto que a escassez de integrantes gera nas possibilidades de fornecimento de apoio, no entanto, redes com muitos atores mas sem harmonia, pode ser fonte de interações sociais insignificantes, sem intenção de apoio e possivelmente provocadoras de conflitos.

No âmbito das redes secundárias, a fragilidade da organização dos serviços institucionais em rede demonstra que quando não ocorre articulação das diferentes esferas de assistência para a integralidade do cuidado, pode ocorrer a ineficácia da rede social. Esta, também foi evidenciada pelo déficit de profissionais atuantes nos serviços de saúde, os quais muitas vezes se veem sobrecarregados pelos afazeres obrigatórios de suas funções, não tendo tempo para estabelecer laços com os pacientes, e se reconhecer como membros da rede.

A atuação dos profissionais, inclusive dos enfermeiros, é influenciada pela precariedade das condições de trabalho, com sobrecarga dos profissionais e priorização de ações técnicas e mecanizadas, que o distanciam ainda mais do cuidado solidário. Esses obstáculos implicam em uma assistência frágil e apoio momentâneo, sem criação de vínculo e nem reconhecimento da equipe como parte da rede social e fonte de apoio (MACHADO *et al*., 2018).

A natureza das trocas realizadas dentro das redes implicam obrigações recíprocas e dependência mútua e geração de apoio (LANDIM, 1998). A existência de déficit de laços fortes representa uma menor possibilidade de ter apoio, mecanismo semelhante ao que acontece nos casos de laços desfeitos. Existem também os laços geradores de dependência, que quando acionados fornecem o suporte que a pessoa precisa, porém a subjugam, minando sua autonomia.

Apoio informativo é um indicador clínico representado pela oferta de conselhos, orientações e feedback sobre a situação da pessoa (SOUSA; FRACOLLI; ZOBOLI, 2013), e sua ineficácia pode ser verificada das mais diferentes formas, envolvendo o não fornecimento das informações necessárias à pessoa por parte dos membros da rede; o uso de termos técnicos, que embora corretos, não são compreendidos pela pessoa; informações inapropriadas fornecidas por pessoas que muitas vezes não tem conhecimento suficiente.

Cramer, Henderson e Scott (1997) defendem a concepção de apoio social descrito e apoio valorado. O descrito é a existência de algum tipo de apoio específico prestado, e o valorado é o julgamento por parte da pessoa se tal apoio é satisfatório e de benefício efetivo. Assim, é esse julgamento que reflete a eficácia do apoio, cuja disparidade foi evidenciada em 22,5% dos estudos.

Preconceito, que é a adoção de um posicionamento ou atitude negativa direcionada à pessoas que pertencem ou tem características que são percebidas como negativas (BROWN, 1995), também foi identificado como indicador de uma rede social de apoio ineficaz (20% dos artigos), a qual não reconhece e acolhe o indivíduo como parte integrante do grupo. O preconceito pode ser originado tanto da rede para com o indivíduo, quanto do indivíduo para com integrantes de sua rede social. Esses casos estão associados à recusa do apoio oferecido.

A compreensão das correlações entre fatores etiológicos e indicadores clínicos do diagnóstico foi essencial para construção da estrutura teórica preditiva das relações causais estabelecidas nestes componentes. A teoria de médio alcance Ineficácia da rede social de apoio, apresentada nesse estudo, demonstra como o diagnóstico pode ser identificado por enfermeiros em diferentes cenários de prática.

A TMA preditiva desenvolvida utilizou técnicas de análise de conceito em enfermagem associadas a modelos epidemiológicos para desenvolver os conceitos diagnósticos numa perspectiva causal. Essa estratégia tem relevantes contribuições para estudos de validação diagnósticos de enfermagem, e facilita o processo de raciocínio clínico ao diminuir a lacuna entre teoria e prática (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2017).

O modelo hierárquico da rede de causas abordado na TMA organizou os fatores etiológicos ao surgimento da Rede social de apoio ineficaz em proximais, intermediários e distais (VICTORA *et al.*, 1997). Com isto, a teoria contribui para a prática do enfermeiro, que pode identificar, dentre os fatores apresentados pela pessoa, os que provavelmente causaram o diagnóstico. Com essa informação ele pode elaborar um plano de cuidados individualizado e eficiente com foco em fatores etiológicos sensíveis às intervenções de enfermagem.

A assistência à pessoa, família e coletividade deve ser pautada na visão de que os indivíduos estão imersos em complexas teias de relacionamentos. A pessoa é um ser social, inserido culturalmente em um contexto sócio-histórico, que demanda práticas de abordagem dialógica do cuidado profissional (VIEIRA FILHO *et al.*, 2004). A análise dos conceitos diagnósticos por juízes trouxe contribuições do olhar de outros profissionais que não participaram da construção inicial, e imprimiram suas concepções a abordagem proposta.

A escolha da abordagem da sabedoria coletiva foi por postular que o agregado de propostas de solução a determinado problema de um conjunto de pessoas tem desempenho superior a proposições individuais de solução, mesmo quando a resposta requer a sistematização de diversas informações (YI *et al*., 2012). Semelhante ao que acontece na tomada de decisão dos diagnósticos de enfermagem.

A validação com juízes é uma etapa que gera controvérsias no meio científico quanto a definição de expertise desses profissionais, bem como dificuldades dos pesquisadores em conseguir experts na área correlata disponíveis a contribuir. Ao utilizar a abordagem da sabedoria coletiva, os critérios de expertise são substituídos pela obtenção de um grupo de juízes, em maior quantidade, e com variados níveis de proficiência (LOPES; SILVA, 2016).

Tal recomendação foi seguida neste estudo, que obteve juízes classificados desde novatos até experts (BENNER; TANNER; CHESLA, 2009). O julgamento individual de cada juiz, associado a análise estatística, categorizou os fatores etiológicos e indicadores clínicos relevantes para o diagnóstico. Isso possibilitou que a proposta de 32 fatores etiológicos e 28 indicadores clínicos fosse transformada em uma estrutura diagnóstica sucinta, com 27 fatores etiológicos e 19 indicadores clínicos relevantes. A alteração da definição do diagnóstico após proposta dos juízes contribuiu para que esta representasse atributos essenciais do fenômeno de

enfermagem, que possibilitem ao enfermeiro a tomada de decisão (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

Assim como na teoria de médio alcance, a validação clínica reconheceu as dimensões Pessoa, Membros da rede e Configuração da rede para os fatores etiológicos do diagnóstico. Reproduzindo os achados da revisão da literatura, a dimensão Pessoa teve mais fatores etiológicos, três de sete: Falta de sociabilidade, Falta de reconhecimento do apoio oferecido, e Desconfiança da competência do outro.

Dentre os fatores etiológicos analisados na amostra de mulheres nutrizes, alguns foram mais frequentes. Déficit de laços fortes e Laços geradores de dependência são fatores relativos aos laços estabelecidos entre a pessoa e membros da sua rede. A falta de laços fortes inviabiliza o apoio, uma vez que é o laço que garante o apoio, e não o contrário (SANICOLA, 2015). Por outro lado, a dependência gerada pelo laço é contraditória ao princípio da autonomia das redes (PORTUGAL, 2007).

No processo de amamentação, a mulher vivencia intensas transformações físicas e emocionais, entremeadas pela subjetividade que o vincula aos laços estabelecidos com os membros da rede social (ALVES *et al.*, 2020). Esse condicionamento pode ter sido a razão do relato por mais mulheres do déficit de laços fortes, bem como a apreciação da dependência vivida neste momento da ajuda proveniente daqueles laços.

O enfermeiro deve investigar os laços que as pessoas estabelecem com sua rede social, não só pela quantidade, mas também qualidade. Se são laços fortes ou frágeis, como acontecem as trocas advindas do laço, e se essas trocas a direcionam para a autonomia ou estimulam a situação de dependência, e se são suficientes para atender as demandas. Com essas informações, pode estabelecer ações de enfermagem que envolvam os membros da rede social com vistas a garantir que a mulher/nutriz vivencie o sentimento de pertencer, receba o apoio necessário, e sinta-se protagonista da amamentação.

Fatores etiológicos em relação à rede social secundária foram prevalentes. A Fragilidade da organização em rede dos serviços institucionais, e o Déficit de profissionais da saúde foram sinalizados pelas mulheres que puderam verificar os efeitos dessa inadequação disponibilizada pela gestão pública. A amamentação deve ter várias frentes de apoio, desde diretrizes legais e políticas, condições de trabalho, assistência adequada nos serviços de saúde e desenvolvimento de valores sociais. Quando estratégias em todos esses níveis são realizadas simultaneamente, os resultados são mais eficazes para a proteção, promoção e apoio da amamentação (ROLLINS *et al.*, 2016). Se a articulação não acontece, as mulheres/nutrizes

deixam de receber o apoio e ficam sobrecarregadas juntamente com sua rede social primária, ou até mesmo sozinhas.

Ainda em relação às redes secundárias, as respostas das mulheres evidenciaram Impessoalidade nas relações profissional da saúde-paciente, e Comprometimento insuficiente dos profissionais da saúde como fatores etiológicos prevalentes. Embora seja indiscutível o apoio emocional e de natureza prática oferecido pela rede social primária, em especial a família, as mulheres buscam a rede secundária quando necessitam de conselhos ou resolução de problemas relativos à amamentação (SOUZA; NESPOLI; ZEITOUNE, 2016).

Nestas ocasiões de experiências difíceis, é natural que a mulher espere ser acolhida em suas necessidades pelos profissionais da saúde. Esses fatores geradores de uma rede social ineficaz relatados por mais de metade das mulheres evidencia as dificuldades relacionadas ao estabelecimento de vínculo e escuta qualificada, que se refletem em autoritarismo, impessoalidade e ausência de atenção e individualidade do cuidado, que podem ocasionar o desmame precoce (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

As intensas transformações e características da amamentação, demandam uma readequação dos papéis desempenhados pelos membros da rede social, e possivelmente a exigência de maior aporte de apoio advindo de alguns deles. Essa reorganização nem sempre ocorre de forma adequada, e quando um ou mais membros não reconhecem o seu papel na dinâmica da rede, acontece a desestabilização das cargas de necessidades e apoio, confluindo muitas vezes para a centralização das necessidades em um único membro. Provavelmente essa realidade era vivenciada por mais de metade das mulheres entrevistadas, uma vez que os fatores etiológicos relativos aos membros da rede, mais prevalentes foram Indisposição para apoiar; Displicência no papel de cuidador; Centralização da responsabilidade pelo cuidado.

As mulheres reconheceram que fatores relacionados a elas próprias contribuem para o surgimento da Rede social de apoio ineficaz, e mais de metade delas relatou a presença de: Recusa de apoio; Receio da pessoa em busca de apoio; e Pouca reciprocidade ao apoio recebido. Nessas situações, cabe entender o contexto do laço estabelecido com o fornecedor do apoio. A depender da relação, a aceitação da ajuda pode gerar a sensação de tensão e endividamento. Para evitar o desconforto, a pessoa pode não aceitar o auxílio, ou retribuir imediatamente. Na impossibilidade de recusar ou recompensar, ela pode ridicularizar a pessoa que o ajudou, ou reavaliar aquele apoio como algo de pouca importância, assim diminui o sentimento de dívida (SHUMAKER; BROWNEL, 1984). A ajuda proveniente de laços fortes e bem consolidados é permeada por elevado valor simbólico, reconhecimento e gratidão

(SANICOLA, 2015). Se a pessoa apresenta dificuldades na aceitação da ajuda, os laços devem ser o foco da ação.

A prevalência estimada do diagnóstico calculada em menos de 50% evidencia que a vivência da amamentação — assim como outros processos fisiológicos ou patológicos do ciclo vital — demanda maior aporte de apoio, e a reorganização da rede para ofertá-lo. Portanto, a sua ineficácia, que demonstrou prevalência significativa nesse estudo, pode e deve ser investigada e diagnosticada por enfermeiros na prestação de uma assistência integral e individualizada.

O panorama de um diagnóstico de grupo traz aos enfermeiros o desafio do trabalho em uma perspectiva mais ampla, que envolve o contexto social dos clientes. No entanto, essa compreensão deve partir da perspectiva da própria pessoa, de como ela está inserida na teia de relações, e como percebe a si mesma nesse complexo sistema de compartilhamento de necessidades, informações e apoio. O que se confirma nos três fatores etiológicos relativos à pessoa que aderiram ao modelo regressão e integram o diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz.

Para que a rede social tenha efetividade, a pessoa necessita sentir-se membro de um grupo, com direitos e responsabilidades, em um conjunto que partilha as necessidades e busca a solução mais adequada. Esse sentimento pode ser inexistente devido a habilidades sociais pouco desenvolvidas, para a capacidade de reconhecer e ser grato às ações de apoio realizadas em seu favor, bem como duvidar da capacidade dos seus apoiadores em atender as suas necessidades.

A sociabilidade pode ser compreendida como a capacidade e satisfação de conviver na companhia de outras pessoas. A falta de tal característica repercute intimamente na eficácia da rede social de apoio, pois mesmo existente, não satisfaz a pessoa. A sociabilidade está relacionada a consciência social, capacidade de se afirmar, e influenciar as decisões e emoções das outras pessoas, e, nessa perspectiva, é positivamente associada a manutenção da saúde física e adoção de comportamentos preventivos em saúde (FERNÁNDEZ-ABASCAL; MARTÍN-DÍAZ, 2015).

A convivência na companhia de outros semelhantes é condição fundamental para o ser humano, um ser social, desenvolver suas habilidades de cuidado à própria saúde, por meio do incentivo mútuo à adoção de práticas saudáveis. O enfermeiro deve estimular essa interação, e valer-se de ações de educação em saúde dialógicas individuais e grupais que valorizem o contexto histórico-social e cultural das pessoas, para confrontar os saberes populares e

científicos, e construir uma aprendizagem simbólica significativa e eficiente (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2016).

As interações mediadas pela sociabilidade estão relacionadas ao desejo de se associar à outras pessoas (ASENDORPF, 1990; POOLE *et al*., 2017), tal característica figura como um contexto importante na eficácia da rede social. Ora, se o indivíduo tem falta de interesse nessa interação, os membros de sua rede terão mais dificuldade de chegar até ele, tanto para descobrir suas necessidades, quanto para se articular em maneiras de apoio. O que justifica o fato desse fator etiológico ter sido classificado na teoria de médio alcance como causa proximal dentro da dimensão pessoa, e mantido na regressão logística dentre os fatores intimamente ligados ao surgimento da Rede social de apoio ineficaz.

A sociabilidade entre pessoas nas comunidades sofre interferência de três fatores principais: os fatores sociais, como estrutura social e tendências sociais; a classe social, que envolve renda, nível educacional, trabalho; e os fatores ambientais, relativa à acessibilidade, divisão do espaço, disponibilidade de locais para vivência comunitária, densidade populacional, condições de deslocamento (WILLIAMS, 1990). Desordens nesses fatores propiciam a falta de sociabilidade, com repercussões nas condições de vida e saúde das pessoas.

O fator etiológico Falta de sociabilidade é vivenciado por diferentes grupos sociais e etários, a exemplo dos idosos. Para eles, as oportunidades de participação ativa nas atividades em comunidade tornam-se mais escassas, em decorrência de condições físicas, ambientais e culturais que dificultam seu deslocamento e atuação em circunstâncias antes corriqueiras. Para eles, a irregularidade das calçadas que impede uma caminhada segura, a carência de espaços inclusivos para interação, e a distância afetiva e geográfica dos membros de sua rede social impossibilitam os momentos de interação e sociabilidade (KHOSRAVI; GHARAI; TAGHAVI, 2015).

Os espaços de sociabilidade circunscritos em família, amizades, trabalho, mercado e outros, são dinamicamente produzidos em contextos socioculturais e históricos vivenciados pelas sociedades. A exemplo dos países do norte europeu, em que as instituições são responsabilizadas pelo cuidado — ao contrário de nações no sul da Europa, que, a despeito de uma organização de mercado e estado bem estruturada, a família e demais atores da rede social primária têm fundamental importância no cuidado (FONTES, 2018). Tanto as instituições públicas na execução de políticas sociais, quanto o enfermeiro no planejamento da assistência, devem partir do entendimento da cultura na qual as pessoas estão inseridas, que é

fundamental para desenvolver estratégias eficazes e direcionadas aos atores relevantes no processo.

A função primordial da rede social é se articular para oferecer apoio às necessidades apresentadas pelos seus membros. Esta ajuda é ofertada por determinados membros da rede, os quais devem ser inicialmente identificados e observados quanto ao suprimento de todo apoio necessário, e a possível sobrecarga da responsabilidade por assumirem atividades mais trabalhosas que os demais membros da rede (SANICOLA, 2015).

As ações de apoio e o cuidado prestado à pessoa são muitas vezes oriundos de cuidadores pertencentes à rede primária, e, a depender do nível de necessidade, pode gerar sobrecarga no cuidador, e interferência em seu próprio cotidiano, a exemplo de pessoas acamadas. Os cuidadores de pessoas com alto grau de dependência são responsáveis por suprir necessidades básicas do outro, como higiene e alimentação. Esses cuidadores têm como recompensa a alegria da sensação de dever cumprido, e o reconhecimento do seu trabalho pela pessoa e os demais membros da rede social (SANTO PEDRO; MARCON, 2007).

O fator etiológico Falta de reconhecimento do apoio oferecido está inserido na dimensão pessoa da TMA Ineficácia da rede social de apoio, como um fator proximal ao surgimento da rede social ineficaz. Não sentir que seus esforços para contribuir no atendimento às necessidades da pessoa são observados com gratidão traz a sensação de que suas ações foram sem propósito. Isso pode levar ao não oferecimento do apoio adequadamente, e, portanto, a ineficácia da rede na função de apoio.

Nas redes sociais primárias, é a força dos laços estabelecidos que propiciam o fornecimento de apoio (SANICOLA, 2015). Cabe entender que o apoio ofertado nas relações sociais não é uma via de mão única, mas uma troca, por outras ações de apoio ou pela alegria e reconhecimento do apoio recebido, que proporciona ao apoiador a satisfação de ter seus esforços reconhecidos. Nas redes secundárias de mercado o apoio oferecido é baseado no aspecto financeiro, e as trocas são baseadas nas regras monetárias e, no caso das instituições estatais, no direito à cidadania (SANICOLA, 2015). Nesses casos pode-se entender que os enfermeiros como profissionais e membros da rede social secundária desenvolvem suas atividades de cuidado — seu objeto de trabalho — tendo como retribuição os benefícios definidos para sua categoria profissional.

Como mecanismo de reciprocidade, o reconhecimento do apoio oferecido é o processo de valorização do esforço despendido para efetivação do trabalho, que possibilita a construção da identidade e se reflete afetivamente em prazer e auto realização (MENDES, 2007). Na perspectiva do profissional enfermeiro, além da valorização profissional de responsabilidade

da instituição ao qual está vinculado, o trabalho de cuidado direto às pessoas impele um tipo adicional de reconhecimento, proporcionado pela valorização social e subjetiva das suas ações, em forma de gratidão por parte dos pacientes, familiares e coletividades.

Na percepção do cuidador, um estudo desenvolvido com cônjuges de pessoas com condições crônicas revelou que a prestação do apoio era considerada negativa quando este não era visto como uma melhoria do bem-estar do parceiro. Nesses casos, a ajuda era considerada onerosa, desagradável, oferecida de forma obrigatória, ou insuficiente para aliviar o sofrimento do parceiro. Por outro lado, os cônjuges que se sentiram reconhecidos e valorizados por seus parceiros obtiveram menores índices de estresse em seu papel como prestadores de apoio e talvez mais apoiados mutuamente por seus parceiros (SHULZ; MONIN, 2012; MONIN *et al.*, 2017).

Ainda na dimensão pessoa da TMA, mais um fator etiológico encontra-se nas reações negativas ao cuidado recebido, a Desconfiança da competência do outro. Essa desconfiança pode estar associada até mesmo à não aceitação do apoio, uma vez que a assistência prestada é percebida como inútil pela pessoa que a recebe (MATIRE *et al.*, 2002). O desenvolvimento da confiança parte do contato inicial com a pessoa, o qual é permeado por diversos acontecimentos. Quando estes são desfavoráveis, é desenvolvida uma preconcepção de desconfiança básica, que pode afetar negativamente a relação de trocas de apoio e informações.

Em uma rede coesa e atuante, a desconfiança da competência do outro não deve ser um problema. Todos os membros da rede tem potencialidades e fragilidades, cabendo-lhes identificá-las e promover a diversificação dos modos de ação, de forma a garantir a participação de todos dentro das possibilidades reais de cada um. Caso não exista na rede as competências necessárias, podem se organizar e buscar parcerias com outras pessoas ou instituições (SANICOLA, 2015). É nessa perspectiva que o enfermeiro deve atuar ao identificar que a pessoa tem desconfiança da competência de membros da rede. Ajudá-la a encontrar apoiadores capazes, e ser também uma referência que inspira confiança para a pessoa e sua rede social.

Os laços formados entre os membros da rede estão em constante transformação. Podem estar mais fortes ou frágeis, próximos ou distantes afetivamente e fisicamente, ou mesmo rompidos (SANICOLA, 2015). Esses estados estão em conformação com os acontecimentos da vida das pessoas, e devem ser compreendidos ao passo que constituem o fator etiológico Restrição da atuação de membros da rede social, a qual reduz as oportunidades de apoio antes disponíveis.

Mulheres que sofrem violência por parte dos seus parceiros tem rede social reduzida à proporção que aumenta o tempo de convívio do casal e as violências. Essa restrição acontece devido às suas expectativas em relação ao casamento, que consideraram dedicar-se exclusivamente ao lar, e também pelas agressões contínuas e interferência do companheiro, que restringe a rede a poucos membros com pouca capacidade de apoio e baixa possibilidade de acesso aos serviços institucionais (DUTRA, 2013).

Nas redes sociais, em especial nas primárias em que está inserida a família, cada um dos membros desempenha determinada função que contribui para o funcionamento do todo. Em uma conjuntura na qual um deles adoece ou deixa de cumprir suas funções, a rede deve reestruturar os papéis, de modo a suprir a lacuna e manter o vínculo. No caso dos idosos, o cônjuge costuma assumir a responsabilidade pelo cuidado, e, quando não é possível, os filhos ou netos (MOREIRA; CALDAS, 2007).

Por outro lado, situações desagradáveis e inesperadas podem desfazer laços, o que impossibilita o fornecimento do apoio que antes era proveniente do referido vínculo. A exemplo de mulheres que foram abandonadas pelos companheiros após o nascimento de filhos com microcefalia. O papel do companheiro de provedor da família, a contribuição no cuidado aos demais filhos e na casa é restringido juntamente com a separação conjugal (PINHEIRO, 2019).

Pessoas com alto nível de dependência costumam ter a maior parte do seu cuidado concentrada em um cuidador, em geral um familiar (BOCHI; ÂNGELO, 2005). Este fica muitas vezes sobrecarregado, por ter de enfrentar o cuidado ininterrupto à pessoa com incapacidade física e/ou mental sob sua responsabilidade. Com isto, pode desenvolver esgotamento físico e emocional, bem como doenças incapacitantes que restrinjam sua atuação em apoio à pessoa (MARQUES *et al.*, 2011).

O fator etiológico Restrição da atuação de membros da rede social é uma das causas da rede social de apoio ineficaz, ao passo que representa diminuição das ações de apoio. O enfermeiro deve estar atento a essa situação para estimular a redistribuição de tarefas entre os membros da rede, ou até mesmo guiar a busca de ajuda em dispositivos da rede social secundária, para garantir o suprimento das necessidades, e que a pessoa continue se sentindo acolhida e receba os apoios de diferentes tipos.

As redes sociais podem ter sido inicialmente constituídas com quantidade reduzida, ou foram perdendo membros em decorrência de situações da vida como mudanças de domicílio, rompimento de laços, falecimentos e outras. Essas são consideradas como o fator etiológico Redes de tamanho menor. A investigação das redes ancoradas no sujeito começa pela

indicação de membros que a pessoa considera significativas para si, e a quantidade relatada pode caracterizar uma rede pequena, o que pode ser uma previsão de sua ineficácia, principalmente quando levada em consideração a complexidade da necessidade da pessoa.

Essa característica, entendida como um fator etiológico da rede social ineficaz, poderia ser tida como uma condição associada, uma vez que as relações já foram estabelecidas entre as pessoas previamente ao contato com o enfermeiro. No entanto, Sanicola (2015) diz que a rede vai sendo ampliada progressivamente conforme são identificados outros laços e relações possíveis de envolvimento com o primeiro núcleo coletivo. Uma vez que o enfermeiro pode contribuir com ações de enfermagem para esta reformulação da rede social, o termo foi classificado como fator etiológico.

O capital social é composto pelos recursos disponíveis nas redes sociais, como confiança, reciprocidade, e compartilhamento de padrões comportamentais e normas sociais. Tem sido associado positivamente aos resultados de saúde pela possibilidade da ação coletiva favorecer o acesso aos serviços de saúde, bem como a adesão às normas preestabelecidas e fornecer apoio (PUTNAM, 1993; MACKENBACH *et al.*, 2016). Esse capital é construído por intermédio das relações estabelecidas entre os membros da rede, que, quando em pouca quantidade representam um capital insuficiente.

A vivência de situações difíceis como violência contra crianças e adolescentes, ao ser investigada, denota famílias inseridas em redes sociais de tamanho reduzido e compostas por vínculos frágeis (CARLOS *et al.*, 2019). A atuação do enfermeiro frente a essas circunstâncias, identificadas rotineiramente nos serviços de saúde pública, requer articulação integrada aos dispositivos da rede secundária para garantir os direitos à cidadania. No entanto, a realidade é caracterizado por baixa densidade e resolubilidade, ao proporcionar cuidado fragmentado (ROSSITER *et al.*, 2016).

O rompimento de laços tem motivação em situações desagradáveis como discussões e desavenças, separações, abandonos, ou até mesmo afastamento proposital para se proteger de condutas nocivas tomadas por determinado membro da rede social. Independente da motivação, uma vez que na dinâmica das redes o fornecimento de apoio é mediado pela força do laço (SANICOLA, 2015), o fator etiológico Laços desfeitos tem potencial de contribuir como condição associada para uma rede social ser ineficaz, principalmente na quebra de vínculos com importantes apoiadores.

Embora os laços desfeitos não sejam passíveis de resolução ou interferência direta da enfermagem, faz-se necessário que o enfermeiro busque compreender o contexto desse rompimento. Assim, ele poderá levar a pessoa a uma reflexão sobre as características do seu

modo de se relacionar, os erros cometidos e as possibilidades de melhorar, as consequências do rompimento na dinâmica de sua rede, e possibilidades de reorganização.

O fator etiológico representado pelas Diferenças culturais entre a pessoa e os demais membros da rede social a colocam na condição de população em risco para o diagnóstico Rede social de apoio ineficaz. Esse termo emergiu na revisão integrativa da literatura, foi incorporado à TMA e considerado relevante pelos juízes. No contexto social brasileiro, que comporta intensa diversidade cultural, foi inesperado que na validação clínica em população potencialmente acometida pelo diagnóstico, ele tenha aderido ao modelo.

Como reflexão, a rede social proporciona a pessoa sentimento de pertencer, e diferentes tipos de apoio. Toda rede tem sua própria cultura, e todas as pessoas nascem dentro de uma rede. Mas, desde o nascimento, são desenvolvidas individualmente estratégias relacionais para resposta às próprias necessidades, que, associadas à liberdade de opções, pode levar a pessoa a preferências distantes do condicionamento inicial (SANICOLA, 2015). Esse distanciamento contribui para a diminuição do sentimento de pertencer outrora viabilizado pela rede.

A cultura influencia a forma como as pessoas recebem ou fornecem, aceitam ou rejeitam o apoio social. A relação entre cultura, rede social e apoio social tem importante relevância quando se trata de pessoas que imigraram para outros países. A interação é mediada pelo estresse de ser minoria, dificuldades com uma outra linguagem, pressão para alterar valores tradicionais e aculturação (DUNKEL-SCHETTER *et al.*, 1996). Esse estresse aculturativo é composto por desconfortos físicos e psicológicos decorrentes da adaptação ao novo ambiente, discriminação racial, xenofobia e conflitos de valor com a nova cultura (FRANCO *et al.*, 2019) que implicam negativamente nas respostas individuais aos processos da vida, podem levar ao adoecimento, e prejudicar a resposta às ações de cuidado.

Em relação aos indicadores clínicos da Rede social de apoio ineficaz, mais de metade das mulheres relataram ter Fragilidade dos vínculos com um ou mais membros da sua rede social; Imposição de comportamentos adequados por parte destes; e vivência de Interações sociais negativas. Quanto à rede secundária, o Déficit de apoio instrumental dos serviços de saúde foi o indicador mais prevalente, que denota as dificuldades encontradas pelas mulheres quando procuraram ajuda material advinda desses serviços. A busca de serviços de saúde é comum na ocorrência de problemas relacionados à amamentação, e a ausência de apoio e incentivo nesses estabelecimentos para resolver as dificuldades propicia o desmame precoce (BATISTA; FARIAS; MELO, 2013).

A quantidade de indicadores clínicos que compõe o novo diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz são seis. Eles refletem situações que afetam diretamente o bem-estar da pessoa. Dois deles são sobre o apoio social: Apoio emocional diminuído; Apoio oferecido diferente do apoio esperado. Os outros quatro são reflexo das atitudes de membros da rede: Negligência às demandas de apoio; Atitudes de culpabilização; Preconceito; e Perda de confidencialidade.

O indicador clínico Apoio oferecido diferente do apoio esperado apresenta a mais alta sensibilidade, e, portanto a mais alta eficácia diagnóstica revelada na capacidade de detectar as pessoas que verdadeiramente tem uma rede social ineficaz. Para Soares (2009) um teste sensível é mais útil quando seu resultado é negativo, pois sugere que a pessoa não tem a doença. Da mesma forma, considera-se que, se esse indicador estiver ausente, é bem provável que a pessoa não tenha o diagnóstico.

O apoio social pode ser investigado em apoio recebido e apoio percebido. O apoio recebido é diretamente influenciado por eventos da vida, uma vez que pessoas que vivenciam eventos estressores provavelmente recebem mais apoio que os que não vivenciam. O mesmo acontece em relação às capacidades — pessoas com mais capacidade de enfrentamento recebem menos apoio que os incapazes. Já o apoio percebido é o que realmente está disponível para a pessoa e ela tem consciência dele. Este é o apoio relevante e que deve ser considerado (SARASON *et al.*, 1987).

Estudo com pacientes com doença renal crônica revelou que a discrepância entre os níveis e tipos de apoio recebidos e esperados pelos pacientes estava associada à mortalidade, mesmo após controle de possíveis fatores de confusão. Tanto os tratamentos quanto a própria doença renal em estágio terminal são extenuantes, com repercussões funcionais e sociais. Esses pacientes esperam apoio emocional e instrumental, com companhia social que minimizem as mudanças no estilo de vida. No entanto, os membros de sua rede social podem não estar preparados para lidar com essas necessidades, e não correspondem às expectativas de apoio (THONG *et al.*, 2006).

Nesse contexto, quando o apoio ofertado pelos membros da rede é diferente do que a pessoa espera receber, é um indicativo de Rede social de apoio ineficaz. Esse conceito abrange, mas não é restrito a quantidade, mas a qualidade e ao tipo do apoio. Por exemplo, a pessoa espera receber apoio emocional, através de demonstrações de afeto e valorização, e o seu cuidador fornece ajuda prática nas atividades diárias. Embora seja apoio, não é percebido pela pessoa como o mais necessário naquele momento, e caracteriza ineficácia.

O gênero feminino é constantemente mais apoiado do que o masculino, portanto é provável que as mulheres recebam mais apoio não solicitado, o qual costuma ser recebido e apreciado com gratidão. O papel feminino de expressividade emocional facilita a busca e fornecimento de apoio social, ao passo que o masculino de autonomia e controle emocional dificulta a busca de apoio (BARBEE, 1993). Para além das estatísticas, o apoio quando fornecido fora de contexto da necessidade da pessoa, não representa efetividade. Torna-se uma interação infértil que não produz resultado satisfatório.

Assim como o Apoio oferecido diferente do apoio esperado, o indicador clínico Negligência às demandas de apoio é um indicador clínico arraigado no desinteresse dos membros às necessidades que são apresentadas pela pessoa. A despeito do conhecimento da necessidade, a indiferença frente a queixa apresentada denota uma rede social não efetiva para o enfrentamento das adversidades (DA ROCHA; RODEGHERI; DE ANTONI, 2019). A articulação da rede social para a partilha de necessidades e fornecimento de apoio nesses casos está defasada e necessita intervenção para fortalecimento de vínculos e incentivo a espaços de partilha.

A negligência pode ser verificada tanto advinda da rede social primária, quanto da secundária. Pessoas e famílias que enfrentam situações complicadas necessitam de maior aporte de apoio dos amigos, parentes, vizinhos, dentre outras fontes informais. Quando esse suporte não é fornecido, os dispositivos institucionais provenientes das redes secundárias são acionados para compensar a carência. Porém, a utilização excessiva dos recursos formais pode minar a autonomia da família (RODRIGO *et al.*, 2007).

O apoio emocional é composto de intercâmbios de compreensão, simpatia, empatia, manifestados como uma atitude emocional positiva característica das relações íntimas estabelecidas com familiares e amigos mais próximos (SLUZKI, 1997). É um tipo de apoio tão necessário quanto o instrumental, que envolve ajuda de natureza prática, e, na perspectiva da pessoa que recebe o apoio, pode ser mais relevante no contexto de vida. Um exemplo são as mulheres/nutrizes, para as quais o apoio emocional composto de manifestações de afeto e bem-querer, é fundamental para a manutenção da saúde mental e enfrentamento das mudanças e dificuldades que podem permear a amamentação (MÜLLER; SILVA, 2009).

A vivência de situações complexas e desagradáveis pode vir a desenvolver sentimentos de culpa pela alteração na rotina das pessoas que lhe são significativas. Uma maior necessidade de demonstrações de carinho, empatia e aceitação é gerada (ROUNDS; ISRAEL, 1985). Quando a rede social é ineficaz, essa necessidade não é suprida, e o

enfermeiro identifica o indicador clínico Apoio emocional diminuído, que não atende a carência aumentada.

Membros da rede social podem desempenhar o indicador clínico Atitudes de culpabilização a pessoa pelo seu problema. A situação pode trazer-lhe vergonha e sensação de que não merece ser apoiada, uma vez que a condição experimentada é sua culpa, e, portanto merece passar por isso sozinha. Esse é um indicador clínico que pode ser verificado pelo enfermeiro que assiste uma pessoa inserida numa rede social de apoio ineficaz.

Exemplo das mulheres que sofrem violência doméstica. Muitas vezes os seus entes queridos alertaram anteriormente sobre as características desses companheiros, e elas optaram por continuar no relacionamento. Com a concretização das agressões, iniciam as atitudes de culpabilização, que podem ser acompanhadas pela Negligência às demandas de apoio por parte dos membros da rede. Não obstante à situação vivida nas redes primárias, a busca por atendimento nos mecanismos estatais nas redes secundárias é constantemente fonte de mais culpabilização pelas relações conjugais violentas.

O Preconceito desponta como o indicador clínico com mais alta especificidade (0,9252), portanto, tem maior capacidade de detectar pessoas que, na sua ausência, não tem rede social de apoio ineficaz. Um teste específico é mais útil quando seu resultado é positivo, pois sugere que o indivíduo realmente tem a doença (SOARES *et al.*, 2009). Devido à alta especificidade desse indicador, raramente, uma pessoa que sofre preconceito não terá uma rede social ineficaz.

Atos preconceituosos podem causar diminuição da autoestima e dificuldades de socialização e relações afetivas. Para evitar essas questões, bem como o julgamento da sociedade, pessoas que sofrem preconceito podem ter ações de ocultar sua real situação (GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011). No entanto, esta atitude leva a perda de oportunidades de apoio, uma vez que por desconhecer a real situação da pessoa não se pode ajudar.

Não só o preconceito por parte dos apoiadores ou ajudantes em potencial, mas o preconceito institucional propicia um estresse adicional às pessoas que o vivenciam que pode interferir negativamente em suas interações sociais. Mães lésbicas com experiências de rejeição institucional a homoparentalidade apresentaram maiores índices de estresse parental, que se refletiu no provimento de necessidades de saúde, educacionais e sociais de suas famílias (GATO; FREITAS; FONTAINE, 2012).

A Perda de confidencialidade é um indicador clínico que está diretamente relacionado ao desrespeito ao direito à privacidade e dignidade pessoal que garante à pessoa a liberdade para escolher quais fatos e em que momento deseja revelar (FADEN; BEUCHAMP, 1986). A

confidencialidade é baseada na confiança de que a informação compartilhada será respeitada e utilizada para o propósito ao qual foi pronunciada (STYFFE, 1997).

Os dados obtidos através da anamnese e exame físico são considerados uma extensão do corpo e da mente das pessoas, portanto a informação em saúde é caracterizada como a mais íntima e sensível das informações (LOCH, 2009). A perda da confidencialidade causada por profissionais da área pode trazer dificuldades no estabelecimento da confiança e na formação do vínculo terapêutico necessário à assistência.

A pessoa está imersa em uma rede social envolvida em relacionamentos que variam em qualidade e intensidade. Dentre todas as interações estabelecidas, as significativas são as permeadas por comunicação, aceitação, amor e geração de apoio. Este sentimento de ter pessoas significativas que se importam e estão dispostas a suprir os recursos necessários para atender suas necessidades e atingir seus objetivos (SARASON *et al.*, 1987).

Estudo qualitativo realizado em Porto Alegre-RS com mulheres que vítimas de violência conjugal obteve como classes nas entrevistas individuais, a diferenciação entre rede social efetiva e não efetiva. Como temas referentes a uma rede não efetiva, ou autores identificaram: isolamento social, criticismo, indiferença, desqualificação da situação, ausência de rede de apoio (DA ROCHA; RODEGHERI; DE ANTONI, 2019). Esses temas emergidos das falas das mulheres são concernentes aos termos elencados no diagnóstico apresentado, ratificando que os mesmos representam fenômenos relacionados à Rede social de apoio ineficaz.

O fato desse diagnóstico ter foco no problema demandou que no decorrer do trabalho fossem utilizados constantemente termos como problema, necessidade, situações difíceis, para enfatizar a problemática da ineficácia das redes. No entanto, Sanicola define que no entendimento da intervenção de rede, a necessidade:

> "...não é uma carência ou um vazio que precisa ser preenchido, mas a própria maneira como as pessoas vivem. Não há homem que não carregue consigo necessidades elementares que satisfaz, de modo geral, no desenrolar da vida cotidiana..." (SANICOLA, 2015 p.205).

A inclusão do ser humano em uma rede de contatos interpessoais é indispensável para o bem-estar e qualidade de vida das pessoas, e, uma vez integrante de uma rede, as trocas de informações, tensões e apoio são naturalmente desenvolvidas. Como é comum nas relações, podem existir problemas e essa realidade passa a ser foco do diagnóstico Rede social de apoio ineficaz. O julgamento clínico desse fenômeno representa um avanço para a prática dos enfermeiros, que poderão desenvolver com autonomia uma assistência ampliada à pessoa, família e coletividade, apoiada em conhecimento próprio da Enfermagem.

8 CONCLUSÃO

Os resultados apresentados confirmam a hipótese de que a rede social de apoio ineficaz é um fenômeno de enfermagem foi elucidado pela teoria de médio alcance Ineficácia da rede social de apoio e diagnosticado com base no julgamento clínico dos indicadores clínicos e fatores etiológicos identificados. Esse conhecimento introduz elementos para o enfermeiro desenvolver ações de cuidado e de educação em saúde direcionados à pessoa e sua rede social efetivas à complexidade das relações interpessoais. Também, pode desvendar problemas de pesquisa que precisam ser investigados.

A teoria de médio alcance Ineficácia da rede social de apoio foi construída para suprir a necessidade de uma estrutura teórica própria da enfermagem a fim de embasar o fenômeno relacionado à problemática envolvida nas interações entre pessoas e suas redes sociais. Esta teoria apresenta proposições teóricas referentes às quatro dimensões identificadas: Pessoa, Membros da rede, Configuração da rede, e Externos. O pictograma representa simbolicamente as relações de causalidade estabelecidas entre os antecedentes e os consequentes do diagnóstico. Esta representação auxilia a verificação eficaz da distribuição dos indicadores clínicos nas dimensões do diagnóstico, assim como a hierarquia causal dos fatores etiológicos.

A TMA explica relações causais entre os antecedentes e consequentes do diagnóstico, numa conexão entre teoria e prática que funciona como guia para a atuação clínica dos enfermeiros nos diferentes cenários do cuidar. É essa articulação que resulta na almejada tradução do conhecimento em ações pertinentes para os consumidores do cuidado.

A análise do conteúdo diagnóstico por juízes resultou em uma estrutura diagnóstica coesa, constituída por 27 fatores etiológicos, 19 indicadores clínicos, título, definição e posição na taxonomia NANDA-I validados para o diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Esse tipo de validação tem recebido críticas ao conceito de expertise adotado nos estudos.

Para esta pesquisa, ressalta-se que foi adotada recomendação de estabelecer juízes com níveis de proficiência variados, o que possibilitou resultados mais confiáveis ancorados na abordagem da sabedoria coletiva, a qual postula que a opinião do grupo de juízes participantes tem estatisticamente mais chances de acerto que o ponto de vista de raros experts. A referida análise, a despeito das críticas, é frequentemente utilizada. Sua contribuição foi relevante por ser um método científico que propiciou a participação de profissionais que percorreram diferentes itinerários formativos e assistenciais, os quais imprimiram suas visões à estrutura inicialmente proposta.

A validação clínica foi a última etapa percorrida para o desenvolvimento diagnóstico, e resultou em seis indicadores clínicos com boa sensibilidade e especificidade para diagnosticar a Rede social de apoio ineficaz, quando esta existir (Atitudes de culpabilização; Preconceito; Apoio emocional diminuído; Apoio oferecido diferente do apoio esperado; Negligência às demandas de apoio; Perda de confidencialidade). A análise estatística dos fatores etiológicos permitiu distinguir sete deles como associados ao surgimento do diagnóstico. Dentre esses, cinco foram classificados como fatores relacionados (Rede social de tamanho menor; Falta de reconhecimento do apoio oferecido; Desconfiança da competência do outro; Restrição da atuação de membros da rede; Falta de sociabilidade), um como condição associada (Laços desfeitos) e um como população em risco (Diferenças culturais).

A população escolhida para proceder a validação clínica do fenômeno de enfermagem, rede social de apoio ineficaz, foi a de mulheres/nutrizes como poderia ter sido outro grupo de pessoas, com outras vivências do ciclo vital, uma vez que a estrutura diagnóstica foi construída com conteúdo validado para contemplar as mais variadas populações nos diferentes contextos de vida. Por isso, o novo diagnóstico de enfermagem pode ser utilizado por enfermeiros das múltiplas especialidades profissionais, no planejamento e na implementação das ações de enfermagem, incluindo a educação em saúde, no âmbito da atenção primária, da atenção de média e alta complexidade, do Sistema Único de Saúde (SUS). O uso desse diagnóstico de enfermagem proporcionará diretrizes para envolver a rede social de maneira efetiva, no cuidado prestado à pessoa, família e coletividade, para que sejam interdependentes e autônomos.

Contudo, é preciso que novos estudos sejam desenvolvidos com outras populações, a fim de corroborar a validade desse diagnóstico em outros cenários clínicos e contextos do ciclo vital humano, bem como contribuir para preencher a lacuna do conhecimento sobre as realidades das redes sociais ineficazes, as quais necessitam ser reconhecidas, exploradas e mobilizadas na direção de autonomia.

As limitações deste estudo estão na coleta de dados da validação clínica e na validação dos fatores etiológicos do diagnóstico. A primeira refere-se que a coleta ocorreu apenas com a pessoa informante e suas concepções próprias sobre a rede. Uma investigação mais apurada sobre a ineficácia da rede social deveria ser feita com os demais integrantes da rede. Na segunda, observa-se que a validação dos fatores etiológicos do diagnóstico foi efetuada pelo método transversal, com poder limitado de inferência sobre causalidade. Recomenda-se que

outros estudos de método longitudinal sejam realizados para ratificar as relações causais entre os conceitos do diagnóstico.

A estrutura diagnóstica apresentada foi desenvolvida conforme classificação NANDA-I 2018-2020, e seguiu padrões de rigor científico para garantir a solidificação da ciência da Enfermagem baseada em evidências. Assim, deverá ser submetida à NANDA-I, por intermédio do *Diagnosis Development Commitee*, para apreciação e posterior incorporação à taxonomia.

REFERÊNCIAS

ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da medicina.** Bauru: EDUSC, 2001.

ALBUQUERQUE, Anvete Leal de. **Representações sociais de nutrizes adolescentes sobre o apoio de sua rede social durante a amamentação**. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

ALLIGOOD, Marta Raile. **Nursing theorists and their work**. 8 ed. St. Louis: Mosby, 2014.

ALMEIDA, Edmar Rocha; MOUTINHO, Cinara Botelho; LEITE, Maisa Tavares de Souza. Prática pedagógica de enfermeiros de Saúde da Família no desenvolvimento da Educação em Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 389-402, 2016.

ALVARENGA, Willyane de Andrade *et al*. Rede social fragilizada: a experiência do cuidador da criança nascida exposta ao HIV. **Texto & contexto enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 775-783, 2015.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface-Comunicação, saúde, educação**, v. 9, p. 39-52, 2005.

ALVES, Yamê Regina *et al*. A amamentação sob a égide de redes de apoio: uma estratégia facilitadora. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 1, 2020.

ALVIM, Neide Aparecida Titonelli; FERREIRA, Márcia de Assunção. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 315-319, 2007.

ANGELO, Bárbara Helena de Brito. **Apoio à amamentação: influência da avó materna**. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

ARAÚJO, Bárbara Bertolossi Marta de *et al*. Prática social da enfermagem na promoção do cuidado materno ao prematuro na unidade neonatal. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 4, p. 1-10, 2018.

ARAÚJO, Yana Balduíno *et al*. Fragilidade da rede social de famílias de crianças com doença crônica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 5, p. 675-681, 2013.

ASENDORPF, Jens B. Beyond social withdrawal: Shyness, unsociability, and peer avoidance. **Human development**, v. 33, n. 4-5, p. 250-259, 1990.

ATTNEAVE C, SPECK R. **Redes familiares.** Argentina: Amorrortu; 1972.

BALAJI, Alexandra B. *et al*. Social support networks and maternal mental health and well-being. **Journal of women's health**, v. 16, n. 10, p. 1386-1396, 2007.

BARBEE, Anita P. *et al*. Effects of gender role expectations on the social support process. **Journal of Social Issues**, v. 49, n. 3, p. 175-190, 1993.

BARTZ, Claudia; COENEN, Amy; HONG, Woi-Hyun. Participation in the International Classification for Nursing Practice. In: BARTZ, Claudia; COENEN, Amy; HONG, Woi-Hyun. **Ubiquity: Technologies for Better Health in Aging Societies:** Proceedings of MIE2006. Ios Press Inc, 2006. p. 157.

BATISTA, Kadydja Russell de Araújo *et al*. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato**. Saúde em debate**, v. 37, p. 130-138, 2013.

BENNER, Patricia. From novice to expert. **American Journal of nursing**, v. 82, n. 3, p. 402-407, 1982.

BENNER, Patricia; TANNER, Christine; CHESLA, Catherine. **Expertise in nursing practice**: caring, clinical judgment, and ethics. 2. ed. New York: Springer Publishing Comapny, 2009.

BEZERRA, Sara Taciana Firmino. **Consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão:** fundamentação na teoria do Alcance de Metas. 2015. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

BOCCHI, Sílvia Cristina Mangini; ANGELO, Margareth. Interação cuidador familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 729-738, 2005.

BORDENAVE, Juan Diaz.; PEREIRA, Adair Martins. **Estratégias do Ensino aprendizagem**. Petrópolis. RJ: Vozes, 1994.

BORENSTEIN, Michael. Planning for precision in survival studies. **Journal of clinical epidemiology**, v. 47, n. 11, p. 1277-1285, 1994.

BRAGA, Iara Falleiros *et al.* Percepções de adolescentes sobre o apoio social na maternidade no contexto da atenção primária**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 448-455, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Terminologias da saúde.** Biblioteca virtual em saúde. Tesauro MS 2008.

BROWN, Dot; OETZEL, John. Men's use of networks to manage communication tensions related to a potential diagnosis of prostate cancer. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 20, p. 106-112, 2016.

BROWN, Rupert. **Prejudice: Its social psychology**. John Wiley & Sons, 2011.

CARLOS, Diene Monique *et al*. Social support network of family members of abused children and adolescents: Perspectives and possibilities. **Journal of clinical nursing**, v. 28, n. 5-6, p. 814-827, 2019.

CARPENITO-MOYET, Lynda Juall. **Manual de Diagnósticos de Enfermagem**. 11ª. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CARPER, Barbara A. Fundamental Patterns of knowing in nursing. **Advances in Nursing Science**, Rockville, v. 1, n.1, p. 13-23, 1978.

CARPER, Barbara A. Fundamental patterns of knowing in nursing. **Perspectives on philosophy of science in nursing: an historical and contemporary anthology.** Philadelphia: Lippincott, p. 12-20, 1999.

CARVALHO, Emilia Campos de *et al*. Obstáculos para a implementação do processo de enfermagem no Brasil. **Revista de enfermagem UFPE on-line**; v.1, n. 1, p.95-99, 2007.

CARVALHO, Emília Campos de; OLIVEIRA-KUMAKURA, Ana Railka de Souza; MORAIS, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos. Raciocínio clínico em enfermagem: Estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 3, p. 662-668, 2017.

CARVALHO, M. A. *et al*. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: CARVALHO, M. A. *et al*. **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da Rede de Educação Popular nos Serviços de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec. 2001.

CASSEL, John. The contribution of the social environment to host resistance: the Fourth Wade Hampton Frost Lecture. **American journal of epidemiology**, v. 104, n. 2, p. 107-123, 1976.

CERULLO, Josinete Aparecida da Silva Bastos *et al*. Raciocínio clínico e pensamento crítico. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 124-129, 2010.

CHANG, Mei-Wei *et al.* I am pregnant and want to do better but I can't: focus groups with low-income overweight and obese pregnant women. **Maternal and Child Health Journal**, v. 19, n. 5, p. 1060-1070, 2015.

CHAVES, Erika de Cássia Lopes. **Revisão do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual.** 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

CHENTSOVA DUTTON, Yulia E. Butting in vs. being a friend: Cultural differences and similarities in the evaluation of imposed social support. **The Journal of social psychology**, v. 152, n. 4, p. 493-509, 2012.

CHINN, Peggy L.; KRAMER, Maeona K. **Integrated knowledge development in nursing**. 6ed. St. Louis: Mosby Incorporated, 2004.

COBB, Sidney. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic medicine**, v.38, n.5, p. 300-314, 1976.

COSTA, Leidiane Francis de Araújo. **Práticas da nutriz de apoio à amamentação**. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

COSTA, Rachel Franklin da *et al*. Redes de apoio ao adolescente no contexto do cuidado à saúde: interface entre saúde, família e educação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 5, p. 741-747, 2015.

COSTA, Vanessa Garrôt de Souza; RODRIGUES, Benedita Maria Rêgo Deusdará; PACHECO, Sandra Teixeira de Araújo. As relações interpessoais no cuidar do cliente em

espaço onco-hematológico: uma contribuição do enfermeiro. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 2, p. 209-214, 2012.

CRAMER, Duncan; HENDERSON, Scott; SCOTT, Ruth. Mental health and desired social support: A four-wave panel study. **Journal of Social and Personal Relationships**, v. 14, n. 6, p. 761-775, 1997.

CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME (CASP) – Programa de habilidades em leitura crítica. Milton Keynes Primary Care Trust; 2016.

CROSS-BARNET, Caitlin *et al*. Long-term breastfeeding support: failing mothers in need. **Maternal and child health journal,** v. 16, n. 9, p. 1926-1932, 2012.

DAVIS, Shoni K. Comprehensive interventions for affecting the parenting effectiveness of chemically dependent women. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing,** v. 26, n. 5, p. 604-610, 1997.

DEFOSSEZ, Adrien. De l'inefficacité du réseau social–Des liens sociaux non mobilisés chez les patients atteints de cancer. **Bulletin of Sociological Methodology/Bulletin de Méthodologie Sociologique**, v. 121, n. 1, p. 44-58, 2014.

DE ENFERMAGEM, Conselho Federal. Resolução COFEN-358/2009. **Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem–SAE nas instituições de saúde brasileiras** [legislação na Internet]. Brasília, 2009.

DESSEN, Maria Auxiliadora; BRAZ, Marcela Pereira. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia**: teoria e pesquisa, v. 16, n. 3, p. 221-231, 2000.

DEMIRTAS, Basak. Strategies to support breastfeeding: a review. **International nursing review,** v. 59, n. 4, p. 474-481, 2012.

DI PRIMIO, Aline Oliveira *et al.* Rede social e vínculos apoiadores das famílias de crianças com câncer. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 334-342, 2010.

DINIZ, Camila Maciel. **Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Padrão ineficaz de alimentação do lactente**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

DUNKEL-SCHETTER, Christine *et al*. Social support and pregnancy. In: PIERCE G. R., Sarason, B. R., Sarason, I. G. **Handbook of social support and the family**. Springer, Boston, MA, 1996. p. 375-412.

DUTRA, Maria de Lourdes *et al*. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1293-1304, 2013.

ELLISON, Christopher G. *et al.* Size, conflict, and opportunities for interaction: Congregational effects on members' anticipated support and negative interaction. **Journal for the Scientific Study of Religion,** v. 48, n. 1, p. 1-15, 2009.

FACIONE, Peter. **Critical thinking:** A statement of expert consensus for purposes of educational assessment and instruction (The Delphi Report: Research findings and recommendations prepared for the committee on pre-college philosophy). Newark, 1990.

FADEN Ruth R; BEUCHAMP Tom L. **A history and theory of informed consente**. New York: Oxford University, 1986.

FALKENBERG, Mirian Benites *et al*. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 847-852, 2014.

FAQUINELLO, Paula; CARREIRA, Ligia; MARCON, Sonia Silva. A unidade básica de saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 736-744, 2010.

FAWCETT, J.; DOWNS, F. S. **The relationship of theory and research**. Norwalk, Conn: Appleton-Century-Crofts, 1986.

FAWCETT, Jacqueline *et al*. On nursing theories and evidence. **Journal of nursing scholarship**, v. 33, n. 2, p. 115-119, 2001.

FAWCETT, Jacqueline. The metaparadigm of nursing: Present status and future refinements. **Image: the journal of nursing scholarship**, v. 16, n. 3, p. 84-87, 1984.

FAWCETT, Jacqueline. **Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories**. Philadelphia: FA Davis, 2000.

FAWCETT, Jacqueline; DESANTO-MADEYA, Susan. **Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories**. Philadelphia: FA Davis, 2012.

FEHRING, Richard J. Methods to validate nursing diagnoses. **Nursing Faculty Research and Publications**, v.16, n. 6, p. 1-9, 1987.

FERNÁNDEZ-ABASCAL, Enrique G.; MARTÍN-DÍAZ, María Dolores. Dimensions of emotional intelligence related to physical and mental health and to health behaviors. **Frontiers in psychology**, v. 6, p. 317, 2015.

FERRARA, Lucrécia D.'Alessio. As cidades ilegíveis: percepção ambiental e cidadania. **Percepção Ambiental: a experiência brasileira. São Paulo: Studio Nobel**, 1996.

FLORES GONZÁLEZ, Elizabeth; SEGUEL PALMA, Fredy. Functional social support in family caregivers of elderly adults with severe dependence. **Investigacion y educacion en enfermeria**, v. 34, n. 1, p. 68-73, 2016.

FLYNN, Megan; KECMANOVIC, Jelena; ALLOY, Lauren B. An examination of integrated cognitive-interpersonal vulnerability to depression: The role of rumination, perceived social support, and interpersonal stress generation. **Cognitive therapy and research**, v. 34, n. 5, p. 456-466, 2010.

FONSECA, Ilva Santana Santos; MOURA, Samara Bruno. Apoio social, saúde e trabalho: uma breve revisão. **Psicologia para América Latina**, n. 15, p. 0-0, 2008.

FONTES, Breno Augusto Souto Maior. Réplica: Governança, redes sociais e saúde: caminhos interpretativos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3140-3142, 2018.

FRANÇA, Michelline Santos de *et al*. Características da rede social de apoio ineficaz: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018.

FRANÇA, Michelline Santos de. **Validação de instrumentos de medição das práticas apoiadoras da rede social à mulher/nutriz**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

FRANCO, Marisa *et al*. Acculturative stress, social support, and career outcome expectations among international students. **International Journal for Educational and Vocational Guidance**, v. 19, n. 2, p. 275-291, 2019.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

FRY, Vera. Creative care is the result of the nurse's emotional as well as intellectual understanding of her patients as individuals, never as types. **AJN The American Journal of Nursing**, v. 53, n. 3, p. 301-302, 1953.

GARCIA, Telma Ribeiro; COENEN, Amy M.; BARTZ, Claudia C. **Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE®: versão 2017**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2016.

GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Escola Anna Nery**, v. 13, n. 1, p. 816-818, 2009.

GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da; CARVALHO, Emília Campos de. Processo de enfermagem: aplicação à prática profissional. **Online Braz J Nurs**, v. 3, n. 2, 2004.

GATO, Jorge; FREITAS, Daniela; FONTAINE, Anne Marie. Atitudes relativamente à homoparentalidade de futuros/as intervenientes da rede social. **Psicologia**, v. 26, n. 1, p. 71-95, 2012.

GAZZINELLI, Maria Flávia *et al*. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 200-206, 2005.

GOMES, Antonio Marcos Tosoli; SILVA, E. M. P.; OLIVEIRA, DC de. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 1-8, 2011.

GOODMAN, Lisa A. The relationship between social support and family homelessness: A comparison study of homeless and housed mothers. **Journal of Community Psychology**, v. 19, n. 4, p. 321-332, 1991.

GORDON, Marjory. **Nursing diagnosis: process and application**. 3ed. St Louis: Mosby, 1994.

GURUGE, Sepali *et al*. Social support, social conflict, and immigrant women's mental health in a C anadian context: a scoping review**. Journal of psychiatric and mental health nursing**, v. 22, n. 9, p. 655-667, 2015.

HANNA, Debra R. A proposal for certification in nursing theory. **Aquichan**, v. 16, n. 1, p. 7-14, 2016.

HAYAKAWA, Liliane Yukie *et al.* Rede social de apoio à família de crianças internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 63, n. 3, p. 440-445, 2010.

HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, Shigemi. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA:** definições e classificação 2015-2017. 10ed. Porto Alegre: Artmed. 2015.

HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, Shigemi. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA:** definições e classificação 2018-2020. 11ed. Porto Alegre: Artmed. 2018.

HICKMAN, Janet S. Introdução à teoria da enfermagem. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul**, p. 11-20, 2000.

HIGGINS, Patricia A.; SHIRLEY, Moore M. Levels of theoretical thinking in nursing. **Nursing Outlook**, v. 48, n. 4, p. 179-183, 2000.

HOSKINS, Lois M. **Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research**. In: Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the eighth conference. Philadelphia: Lippincott, 1989. p. 126-31.

HUBERT, Jane. Family carers' views of services for people with learning disabilities from Black and minority ethnic groups: a qualitative study of 30 families in a south London borough. **Disability & Society**, v. 21, n. 3, p. 259-272, 2006.

HUPCEY, Judith E. Clarifying the social support theory-research linkage. **Journal of advanced nursing**, v. 27, n. 6, p. 1231-1241, 1998.

International Council of Nurses (ICN). **International Classification for Nursing Practice** – ICNP® Version 1. Geneva; 2005.

JASPER, Melanie A. Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. **Journal of Advanced Nursing**, v. 20, n. 4, p. 769-776, 1994.

JESUS, Washington Luiz Abreu de; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 161-170, 2010.

JUSSANI, Nádia Cristina; SERAFIM, Deise; MARCON, Sonia Silva. Rede social durante a expansão da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 2, p. 184-189, 2007.

KEUROGHLIAN, Alex S.; ARD, Kevin L.; MAKADON, Harvey J. Advancing health equity for lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) people through sexual health education and LGBT-affirming health care environments. **Sexual health,** v. 14, n. 1, p. 119-122, 2017.

KHOSRAVI, H.; GHARAI, F.; TAGHAVI, Sh. The impact of local built environment attributes on the elderly sociability. **International Journal of Architectural Engineering & Urban Planning**, v. 25, n. 1, p. 21-30, 2015.

LANDIM, Fátima Luna Pinheiro. Community helping services: dynamic of formation and expressiveness of the cultural care. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 14, n. 6, p. 930-938, 2006.

LANDIM, Leilah. Notas sobre a campanha do Betinho: ação cidadã e diversidades brasileiras. **Ações em Sociedade**, p. 241-287, 1998.

LAUDAN, Larry. A problem-solving approach to scientific progress. In I. Hacking (Ed.), **Scientific revolutions** (pp. 144-155). 1981. Fair Lawn, NJ: Oxford University Press.

LEININGER, Madeleine M.; MCFARLAND, Marilyn R. **Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory**. Jones & Bartlett Learning, 2006.

LEVINE, Myra E. **Introduction to clinical nursing.** FA Davis Company, 1973.

LEVINE, Myra Estrin. The rhetoric of nursing theory. **Image: The Journal of Nursing Scholarship**, v. 27, n. 1, p. 11-14, 1995.

LIMA, Deivson Wendell da Costa *et al*. Referenciais teóricos que norteiam a prática de enfermagem em saúde mental. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 336-342, 2014.

LOCH, Jussara de Azambuja. Confidencialidade: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica. **Revista Bioética**, v. 11, n. 1, 2009.

LOPES, Marcos Venícios; SILVA, Viviane Martings; ARAUJO, Telma Leite. Methods for Establishing the Accuracyof Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. **International Journal of Nursing Knowledge.** v. 23, n. 3, p.134-39, 2012.

LOPES, Marcos Venícios; SILVA, Viviane Martins. Métodos avançados de validação de diagnósticos de enfermagem. **PRONANDA: Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, p. 31-74, 2016.

LOPES, Marcos Venícios; SILVA, Viviane Martins; HERDMAN, T. Heather. Causation and validation of nursing diagnoses: a middle range theory. **International journal of nursing knowledge**, v. 28, n. 1, p. 53-59, 2017.

LÓPEZ-CABANAS, M.; CHACÓN, F. **Intervención psicosocial y servicios sociales: un enfoque participativo**. Madrid: Síntesis, 1997.

LUNNEY, Margareth. (Org.). **Pensamento crítico e diagnóstico de enfermagem: estudos de caso e análises**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MACEDO, Rosa Maria. A família do ponto de vista psicológico: lugar seguro para crescer?. **Cadernos de Pesquisa**, n. 91, p. 62-68, 2013.

MACHADO, Amanda Narciso *et al.* Doença crônica infantojuvenil: vínculo profissional-família para a promoção do apoio social. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, e2017-0290, 2018.

MACIAZEKI-GOMES, Rita de Cássia *et al.* O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1637-1646, 2016.

MACKENBACH, Joreintje *et al.* Neighbourhood social capital: measurement issues and associations with health outcomes. Obesity reviews, v. 17, p. 96-107, 2016.

MARIN, Heimar de Fátima. Terminologia de referência em enfermagem: a Norma ISO 18104. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 445-448, 2009.

MARQUES, Ana Karina Monte Cunha *et al*. Apoio social na experiência do familiar cuidador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 945-955, 2011.

MARTINS, Fernanda Demutti Pimpão. **Efeito de tecnologia educacional sobre amamentação para crianças do ensino fundamental**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017.

MARTINS, Rosa Maria. A relevância do apoio social na velhice. **Millenium**, v. 10, n. 31, p. 128-134, 2005.

MATIRE, Lynn M. *et al.* Negative reactions to received spousal care: Predictors and consequences of miscarried support. **Health Psychology**, v. 21, n. 2, p. 167, 2002.

MAZZA, Verônica de Azevedo *et al*. Influência das redes sociais de apoio para nutrizes adolescentes no processo de amamentação. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 254-260, 2014.

MCCONNELL, David; BREITKREUZ, Rhonda; SAVAGE, Amber. From financial hardship to child difficulties: Main and moderating effects of perceived social support. **Child: care, health and development**, v. 37, n. 5, p. 679-691, 2011.

MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M. **Bases teóricas de enfermagem**. 4ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2015.

MCFARLANE, Allan H. *et al.* Characteristics and correlates of effective and ineffective social supports. **Journal of psychosomatic research**, v. 28, n. 6, p. 501-510, 1984.

McINNES, Rhona J.; CHAMBERS, Julie A. Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. **Journal of advanced nursing**, v. 62, n. 4, p. 407-427, 2008.

MEDRADO, Benedito. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez Editora, 1999.

MELNYK, Bernadette Mazurek; FINEOUT-OVERHOLT, Ellen (Ed.). **Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice**. Phipadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

MELO, Renata Pereira *et al.* Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 12, n. 2, p. 424-431, 2011.

MENDES, A. M. **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2007.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MERHY, Emerson E.; QUEIROZ, Marcos S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, p. 177-184, 1993.

MONIN, Joan K. *et al*. Spouses' daily feelings of appreciation and self-reported well-being. **Health Psychology**, v. 36, n. 12, p. 1135, 2017.

MONTE, Giselle Carlos Santos Brandão. **Rede social da nutriz no contexto do aleitamento materno**. 2012. Dissertação (Mestradoem Enfermagem) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

MONTE, Giselle Carlos Santos Brandão; LEAL, Luciana Pedrosa; PONTES, Cleide Maria. Rede social de apoio à mulher na amamentação. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 148-155, 2013.

MORAES, Juliana Rezende Montenegro Medeiros de; CABRAL, Ivone Evangelista. A rede social de crianças com necessidades especiais de saúde na (in) visibilidade do cuidado de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 282-288, 2012.

MORÉ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo; CREPALDI, Maria Aparecida. O mapa de rede social significativa como instrumento de investigação no contexto da pesquisa qualitativa. **Nova Perspectiva Sistêmica**, v. 21, n. 43, p. 84-98, 2012.

MOREIRA, Marcia Duarte; CALDAS, Célia Pereira. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. **Escola Anna Nery revista de enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 520-525, 2007.

MÜLLER, Fabiana Swain; SILVA, Isilia Aparecida. Representações sociais de um grupo de mulheres/nutrizes sobre o apoio à amamentação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 5, p. 651-657, 2009.

NEUFELD, Anne *et al.* Non-supportive interactions in the experience of women family caregivers. **Health & Social Care in the Community**, v. 15, n. 6, p. 530-541, 2007.

NEUFELD, Anne; HARRISON, M. J. Unfulfilled expectations and negative interactions: nonsupport in the relationships of women caregivers. **Journal of Advanced Nursing**, v. 41, n. 4, p. 323-331, 2003.

NICHOLSON JR, Nicholas R. **Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis**. Journal of advanced nursing, v. 65, n. 6, p. 1342-1352, 2009.

OLIVEIRA, Isabella Beatriz Barbosa. **Intervenções educativas para promoção da amamentação direcionadas à mulher e sua rede social**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

OLIVEIRA, Maria Inês Couto de *et al*. Avaliação do apoio recebido para amamentar: significados de mulheres usuárias de unidades básicas de saúde do Estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 599-608, 2010.

PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma" nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v. 32, p. 299-316, 1998.

PASQUALI, Luiz. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: LabPAM/IBAPP, 1999.

PATRICIA BENNER, R. N.; CHRISTINE TANNER, R. N. (Ed.). **Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics**. New York: Springer Publishing Company, 2009.

PEDRO, Iara Cristina da Silva; ROCHA, Semiramis Melani Melo; NASCIMENTO, Lucila Castanheira. Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** v. 16, n. 2, p. 324-327, 2008.

PEREIRA, M. G. **Interpretação da relação causal: Epidemiologia, teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PETERSON, Sandra J.; BREDOW, Timothy S. (Ed.). **Middle range theories: Application to nursing research**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009.

PINHEIRO, Diego Alano de Jesus Pereira. “Mãe é quem cuida": a legitimidade da maternidade no discurso de mães de bebês com microcefalia em Pernambuco. **Mediações-Revista de Ciências Sociais**, v. 23, n. 3, p. 132-163, 2019.

PINHEIRO, Ricardo Lana; GUANAES, Carla. O conceito de rede social em saúde: pensando possibilidades para a prática na estratégia saúde da família. **Nova Perspectiva Sistêmica**, v. 20, n. 40, p. 9-25, 2016.

POLIT, D. F.; BECK, Cheryl Tatano. **Using research in evidence-based nursing practice. Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

POLITA, Naiara Barros; TACLA, Mauren Teresa Grubisich Mendes. Rede e apoio social às famílias de crianças com paralisia cerebral. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 75-81, 2014.

POMPEO, Daniele Alcalá; ROSSI, Lídia Aparecida; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta paulista de enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009.

POOLE, Kristie L.; VAN LIESHOUT, Ryan J.; SCHMIDT, Louis A. Exploring relations between shyness and social anxiety disorder: The role of sociability. **Personality and Individual Differences**, v. 110, p. 55-59, 2017.

PORTUGAL, Sílvia. O que faz mover as redes sociais? Uma análise das normas e dos laços. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 79, p. 35-56, 2007.

POTVIN, Lynne A.; BROWN, Hilary K.; COBIGO, Virginie. Social support received by women with intellectual and developmental disabilities during pregnancy and childbirth: An exploratory qualitative study. **Midwifery**, v. 37, p. 57-64, 2016.

PUTNAM, Robert. The prosperous community: Social capital and public life. **The american prospect**, v. 13, n. 4, p. 249-262, 1993.

GUIMARÃES, Heloísa Cristina Quatrini Carvalho Passos *et al.* Experts for validation studies in nursing: new proposal and selection criteria. **International journal of nursing knowledge**, v. 27, n. 3, p. 130-135, 2016.

QUEIROZ, Maria Veraci; JORGE, Maria Salete. Estratégias de educação em saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, p. 117-130, 2006.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Recife: Secretaria Municipal de Saúde; 2010. Disponível em http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/5916.pdf. Acesso em: 05 Set. 2015.

ROCHA, Roberta Zanini da; RODEGHERI, Paola Galeli; DE ANTONI, Clarissa. Rede de apoio social e afetiva de mulheres que vivenciaram violência conjugal. **Contextos Clínicos**, v. 12, n. 1, p. 124-152, 2019.

RODGERS, Beth L.; KNAFL, Kathleen Astin. **Concept development in nursing: Foundations, techniques, and applications**. Philadelphia: WB Saunders Co, 2000.

RODRIGO, María José *et al*. Informal and formal supports and maternal child-rearing practices in at-risk and non at-risk psychosocial contexts. **Children and Youth Services Review**, v. 29, n. 3, p. 329-347, 2007.

ROLLINS, Nigel C. *et al.* Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 491-504, 2016.

ROOS, Vera; MALAN, Lelanie. The role of context and the interpersonal experience of loneliness among older people in a residential care facility. **Global health action**, v. 5, n. 1, p. 18861, 2012.

ROSSITER, Chris *et al*. Responding to families with complex needs: a national survey of child and family health nurses. **Journal of advanced nursing**, v. 73, n. 2, p. 386-398, 2017.

ROUNDS, Kathleen A.; ISRAEL, Barbara A. Social networks and social support: living with chronic renal disease. **Patient education and counseling**, v. 7, n. 3, p. 227-247, 1985.

ROY, Callista. **Generating middle range theory: From evidence to practice**. Springer publishing company, 2013.

SALCI, Maria Aparecida; MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Health education to prevent chronic diabetes mellitus complications in primary care. **Escola Anna Nery,** v. 22, n. 1, 2018.

SANCHEZ, Keila de Oliveira Lisboa *et al.* Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 290-299, 2010.

SANCHEZ, Keila de Oliveira Lisboa; FERREIRA, Noeli Marchioro Liston Andrade. O apoio social para a família do doente com câncer em situação de pobreza. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 792-799, 2012.

SANICOLA, Lia. **As dinâmicas de rede e o trabalho social**. São Paulo: Veras Editora, 2015.

SANTANA, Jeanny Joana Rodrigues Alves de; ZANIN, Carla Rodrigues; MANIGLIA, José Victor. Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 18, n. 40, p. 371-384, 2008.

SANTO PEDRO, Karina; MARCON, Sonia Silva. Perfil e vivência dos cuidadores informais de doentes crônicos assistidos pelo NEPAAF-Núcleo de estudos, pesquisa, assistência e apoio à família. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 6, p. 55-65, 2007.

SANTOS, Débora Souza *et al.* Sala de espera para gestantes: uma estratégia de educação em saúde. **Revista brasileira de educação médica**, v. 36, n. 1, p. 62-67, 2012.

SARASON, Irwin G. *et al.* A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. **Journal of social and personal relationships**, v. 4, n. 4, p. 497-510, 1987.

SCHMIED, Virginia *et al.* Women's perceptions and experiences of breastfeeding support: a metasynthesis. **Birth**, v. 38, n. 1, p. 49-60, 2011.

SCHULZ, R.; MONIN, J. K. The costs and benefits of caregiving. In BROWN, Stephanie L.; BROWN, R. Michael; PENNER, Louis A. (Ed.). **Moving beyond self-interest: Perspectives from evolutionary biology, neuroscience, and the social sciences**. Oxford University Press, 2012.

SHACKLETON, Nichola *et al.* School-based interventions going beyond health education to promote adolescent health: systematic review of reviews. **Journal of Adolescent Health**, v. 58, n. 4, p. 382-396, 2016.

SHULER, Sherianne. Social support without strings attached. **Health communication**, v. 26, n. 2, p. 198-201, 2011.

SHUMAKER, Sally A.; BROWNELL, Arlene. Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. **Journal of social issues**, v. 40, n. 4, p. 11-36, 1984.

SILVA, Carlos Alberto da; FIALHO, Joaquim; SARAGOÇA, José. Análise de redes sociais e sociologia da acção. Pressupostos teórico-metodológicos. **Revista angolana de sociologia**, n. 11, p. 91-106, 2013.

SILVA, Dalva Cezar da *et al*. Influência das redes sociais no itinerário terapêutico de pessoas acometidas por úlcera venosa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 3, p. 90-96, 2014.

SILVA, Eneida Rejane Rabelo da; LUCENA, Amália de Fátima. **Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2009.

SILVEIRA, Isolda Pereira da. **Teoria do Conforto para promoção da saúde no cuidado de enfermagem à parturiente.** 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

SIMIONI, Angelita dos Santos; GEIB, Lorena Teresinha Consalter. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 5, p. 545-551, 2008.

SLUZKI, Carlos E. **Rede Social Na Pratica Sistêmica, alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SMEKE, Elizabeth LM; OLIVEIRA, Nayara LS. Educação em saúde e concepções de sujeito. *In*: CARVALHO, M. A. *et al.* **A saúde nas palavras e nos gestos:** reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC, p. 115-36, 2001.

SMITH, Mary Jane; LIEHR, Patricia R. (Ed.). **Middle range theory for nursing.** New York: Springer Publishing Company, 2018.

SOARES, José Luiz MF *et al*. **Métodos diagnósticos: consulta rápida**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2009.

SOUSA, Alder Mourão de; FRACOLLI, Lislaine Aparecida; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação: revisão da literatura e metassíntese. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 34, p. 127-134, 2013.

SOUSA, Ana Inês; SILVER, Lynn Dee; GRIEP, Rosane Harter. Apoio social entre idosas de uma localidade de baixa renda no Munícipio do Rio de Janeiro. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 625-631, 2010.

SOUZA, Alessandra de *et al.* Conceito de insuficiência familiar na pessoa idosa: análise crítica da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 6, p. 1176-1185, 2015.

SOUZA, Maria Helena do Nascimento; NESPOLI, Antonella; ZEITOUNE, Regina Célia Gollner. Influence of the social network on the breastfeeding process: a phenomenological study. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 4, e20160107, 2016.

STEIN, Karen Farchaus *et al.*, A theoretical analysis of Carper's ways of knowing using a model of social cognition. **Research and Theory for Nursing Practice**, v. 12, n. 1, p. 43, 1998.

STYFFE, Elizabeth J. Privacy, confidentiality, and security in clinical information systems: dilemmas and opportunities for the nurse executive. **Nursing administration quarterly**, v. 21, n. 3, p. 21-28, 1997.

SWANSON, Sonja A. *et al*. A Monte Carlo investigation of factors influencing latent class analysis: An application to eating disorder research. **International Journal of Eating Disorders**, v. 45, n. 5, p. 677-684, 2012.

TANIOKA, Tetsuya. The development of the transactive relationship theory of nursing (TRETON): a nursing engagement model for persons and humanoid nursing robots. **International Journal of Nursing & Clinical Practices**, v. 4. n. 223, 2017.

TANNER, Christine A. Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. **Journal of nursing education**, v. 45, n. 6, p. 204-211, 2006.

TANNURE, Meire Chucre. GONÇALVES, Ana Maria Pinheiro. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TEIXEIRA, Mirna Barros *et al.* Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 52-68, 2014.

TERRA, Maria Fernanda *et al*. Medo e vergonha como barreiras para superar a violência doméstica de gênero. **Athenea digital**, v. 15, n. 3, p. 109-125, 2015.

THOMPSON, Ross A.; ONTAI, Lenna. Striving to do well what comes naturally: Social support, developmental psychopathology, and social policy. **Development and Psychopathology,** v. 12, n. 4, p. 657-675, 2000.

THONG, Melissa SY *et al.* Social support predicts survival in dialysis patients. **Nephrology Dialysis Transplantation**, v. 22, n. 3, p. 845-850, 2006.

ULPH, Fiona *et al*. Familial influences on antenatal and newborn haemoglobinopathy screening. **Ethnicity & health**, v. 16, n. 4-5, p. 361-375, 2011.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 5, p. 121-126, 2001.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Espiritualidade na educação popular em saúde. **Cadernos Cedes**, v. 29, n. 79, p. 323-333, 2009.

VICTORA, Cesar G. *et al*. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **International journal of epidemiology**, v. 26, n. 1, p. 224-227, 1997.

VIEIRA FILHO, Nilson Gomes *et al.* A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de psicologia (Natal),** v. 9 n. 2, p. 373-379, 2004.

VIEIRA, Gisele de Lacerda Chaves; CECÍLIO, Sumaya Giarola; TORRES, Heloísa de Carvalho. A percepção dos usuários com diabetes sobre a estratégia de educação em grupos na promoção do autocuidado. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 1, p. 1-6, 2017.

VIEIRA, Letícia Becker *et al.* Support to women who denounce experiences of violence based on her social network. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 865-873, 2015.

WALKER, Lorraine Olszewski; AVANT, Kay Coalson. **Strategies for theory construction in nursing**. New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2005.

WALKER, Patricia Hinton; REDMAN, Richard. Theory-guided, evidence-based reflective practice. **Nursing Science Quarterly**, v. 12, n. 4, p. 299-303, 1999.

WALLSTON, Barbara S. *et al.* Social support and physical health. **Health psychology**, v. 2, n. 4, p. 367-391, 1983.

WATSON, Jean. The theory of human caring: retrospective and prospective. **Nursing science quarterly**, v. 10, n. 1, p. 49-52, 1997.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of advanced nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WILLIAMS, David R. Socioeconomic differentials in health: A review and redirection. **Social psychology quarterly**, v. 53, n. 2, p. 81-99, 1990.

WILLIAMS, Philippa; BARCLAY, Lesley; SCHMIED, Virginia. Defining social support in context: a necessary step in improving research, intervention, and practice. Qualitative health research, v. 14, n. 7, p. 942-960, 2004.

WITTENBERG-LYLES, Elaine *et al*. Understanding social support burden among family caregivers. **Health communication**, v. 29, n. 9, p. 901-910, 2014.

WONG, Melisa *et al*. Children's perceived social support after a parent is diagnosed with cancer. **Journal of clinical psychology in medical settings**, v. 17, n. 2, p. 77-86, 2010.

ZHOU, Xiao-Hua; McCLISH, Donna K.; OBUCHOWSKI, Nancy A. **Statistical methods in diagnostic medicine**. New York: Wiley InterScience, 2011.

ZWICKERT, K.; RIEGER, E. A qualitative investigation of obese women's experiences of effective and ineffective social support for weight management. **Clinical obesity**, v. 4, n. 5, p. 277-286, 2014.

APÊNDICE A- PROTOCOLO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

TEMA: Rede social de apoio ineficaz, sua definição, indicadores clínicos e fatores etiológicos
OBJETIVO: Apresentar o conhecimento produzido sobre Rede social de apoio ineficaz, sua definição, indicadores clínicos e fatores etiológicos
QUESTÕES NORTEADORAS:
- Quais os indicadores clínicos de Rede social de apoio ineficaz?
- Como os indicadores clínicos de rede social de apoio ineficaz encontrados podem ser definidos e mensurados?
- Quais fatores estão relacionados à origem da Rede social de apoio ineficaz?
- Como se estabelecem as relações entre os fatores etiológicos e os indicadores clínicos da rede social de apoio ineficaz?

ESTRATÉGIAS DE BUSCA
Bases de dados
1 MEDLINE
2 SCOPUS
3 CINAHL
4 Web of Science
5 CUIDEN
6 SocINDEX
7 Biblioteca Cochrane
8 Wiley Online Library
9 BDENF
10 Lilacs
11 SciELO
DESCRITORES
MeSH: Social Network OR Social Networks OR Social Support AND Ineffective
Decs: Rede Social / Redes Sociais/ Apoio Social / Redes de Apoio Social AND Ineficaz

SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Critérios de inclusão:
- Estudos completos disponíveis na íntegra em português, inglês ou espanhol;
- Estudos que abordem a temática Rede social de apoio ineficaz;
- Estudos que respondam às questões de pesquisa.
Critérios de exclusão
- Editoriais e cartas ao leitor.
Extração dos dados
- Instrumento validado por Chaves, 2008.
Análise do rigor metodológico
- CASP para cada tipo de estudo encontrado
Classificação do nível de evidência dos estudos
- Classificação de Melnyk & Fineout-Overholt

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - REVISÃO INTEGRATIVA (Adaptado de Chaves, 2008).

1. Identificação do artigo

a) Título do artigo	
b) Autor(es) / Área de formação	
c) Título do periódico	
d) Volume, número, páginas e ano	
e) País / Idioma do estudo	

2. Referencial teórico / Metodológico

Conceitos chave: - - - - -

3. Características metodológicas

a) Objetivo(s) do estudo

b) Tipo de publicação

( ) Abordagem qualitativa:
( ) Etnografia ( ) Fenomenologia ( )Teoria fundamentada ( ) Outras
( ) Abordagem quantitativa:
( ) Experimental ( ) Quase experimental ( ) Não experimental
( ) Estudo de revisão
( ) Narrativa ( ) Sistemática ( ) Integrativa ( ) Meta-análise
( ) Relato de experiência
( ) Reflexão teórica
( ) Outro. Qual? _____

c) População alvo:

Amostra: ( ) Aleatória ( ) Conveniência Tamanho (n) inicial: (n)final:
Características: idade (média): Sexo: F( ) M( ) Raça:
Cultura: Religião: Diagnóstico:
Critérios de inclusão:
-
-

Critérios de exclusão:
-
-
d) Coleta de dados:
Utiliza Instrumento: ( ) SIM ( ) NÃO TIPO: _____
Nome / Autor / ano de construção do instrumento:
Foco de análise ou variáveis do estudo:

4. Análise dos dados
( ) Descritiva
( ) Inferencial
Descrição:

5. Resultados do estudo:
Descrição:

6. Conclusões do estudo:
Descrição:

7. Implicações para a enfermagem
Descrição:

8. O estudo aponta a presença de viés? ( )sim ( )não
Quais?
9. Nível de evidência (Melnyk & Fineout-Overholt, 2011):

	Nível 1	Revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados
	Nível 2	Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado
	Nível 3	Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização
	Nível 4	Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados
	Nível 5	Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos
	Nível 6	Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo
	Nível 7	Evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas

Resultado CASP	

Observações Necessárias:

Definições de Rede social de apoio ineficaz	Indicadores clínicos	Fatores etiológicos

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – JUÍZES

APRESENTAÇÃO E INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Prezado Juiz,

Este estudo intitula-se *Validação do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz* e consiste em uma Tese de Doutorado em Enfermagem, conforme se detalha no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A motivação para a sua realização é a inexistência na taxonomia NANDA-I de um diagnóstico de enfermagem que compreenda a pessoa em sua gama de relações interpessoais. O interesse foi suscitado na Dissertação de Mestrado em Enfermagem que validou escalas de medição do apoio social da avó, do pai da criança e da própria mulher direcionado à amamentação.

No desenvolvimento dessa tese, uma das suas etapas para alcançar os objetivos propostos, foi elaborar uma teoria de médio alcance que subsidiou a construção dos indicadores clínicos e fatores etiológicos do diagnóstico em questão, com base em uma revisão integrativa e na teoria de Rede Social de Sanicola.

Na atual etapa da pesquisa, pretende-se, com a cooperação de juízes especialistas, investigar a validade do título do diagnóstico proposto, sua definição, e as definições conceituais e operacionais dos indicadores clínicos e fatores etiológicos. Para tanto, contamos com a sua colaboração, na gentileza de responder o instrumento desta etapa da pesquisa. O instrumento é dividido em três partes:

1. Caracterização do Juiz.
2. Análise do título e definição diagnósticos e posição na taxonomia da NANDA I
3. Análise de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz.

Na terceira parte do instrumento, solicitamos que você julgue quanto a relevância e deixe sugestões sobre a clareza e precisão as definições conceituais e operacionais de cada indicador clínico e fator etiológico. Para tanto, encaminhamos algumas definições para subsidiar sua avaliação.

Diagnóstico de Enfermagem: julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde reais ou potenciais ou aos processos vitais. Fornece a base para a seleção de intervenções para alcançar os resultados pelos quais o enfermeiro é responsável.

Definição conceitual: se propõe a definir o significado conotativo, de caráter teórico, estabelecido por meio da revisão da literatura.

Definição operacional: se propõe a definir como o conceito é mensurado. Reflete a expressão do fenômeno na realidade em que ocorre.

Após a leitura criteriosa do enunciado de cada indicador clínico e fator etiológico, solicitamos que você avalie cada um quanto à sua relevância para o diagnóstico: Rede social de apoio ineficaz. Caso seja considerado relevante, as definições conceituais e operacionais deverão ser analisadas quanto à clareza e precisão. Para não existir dúvidas quanto à essência desses parâmetros, apresentaremos os conceitos a seguir:

Relevância: refere-se à capacidade dos indicadores clínicos serem consistentes com o diagnóstico de enfermagem em questão; para os fatores etiológicos, é a capacidade de estabelecerem uma relação de causalidade com o diagnóstico. Por isso, deverá ser avaliado se o indicador clínico é importante para caracterizar, e se o fator etiológico é importante para ocasionar o diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz.

Clareza: concerne à capacidade de cada definição ser inteligível, com frases curtas, expressões simples, que manifestam uma única ideia, e inequívocas.

Precisão: relaciona-se à capacidade de cada definição possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens que se referem ao mesmo contínuo. Permite a distinção de um componente diagnóstico específico dos demais, mantendo a sua caracterização clínica.

Para cada critério, você deverá assinalar uma das opções:

1- **Totalmente irrelevante** - o componente (indicador clínico ou fator relacionado) não apresenta qualquer relação com o diagnóstico estando associado a outros fenômenos

2- **Pouco relevante** - o componente do diagnóstico (indicador clínico ou fator relacionado) apresenta muito pouca relação com o diagnóstico estando mais associado a outros fenômenos similares.

3- **Parcialmente Relevante** - o componente do diagnóstico (indicador clínico ou fator relacionado) apresenta relação duvidosa com o diagnóstico e apresenta relação com outros fenômenos similares.

4- **Muito relevante** - o componente do diagnóstico (indicador clínico ou fator relacionado) está fortemente relacionado ao diagnóstico embora apresente alguma relação com outros fenômenos similares.

5- **Totalmente relevante** - o componente do diagnóstico (indicador clínico ou fator relacionado) está diretamente relacionado ao diagnóstico.

Esta etapa é essencial para o desenvolvimento da tese, o qual se torna inviável sem a sua contribuição. Assim, solicitamos que nos envie o instrumento preenchido em um **prazo de 15 dias**, para que seja possível a execução da próxima fase da pesquisa. Desde já, agradecemos a sua valiosa colaboração e nos dispomos para quaisquer esclarecimentos e/ ou dúvidas.

Doutoranda: Michelline Santos de França (michellinedefranca@gmail.com)
Orientadora: Prof[a]. Dra. Cleide Maria Pontes (cmpontes18@gmail.com)
Coorientadora: Prof[a]. Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares (marciapl27@gmail.com)

PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO DO JUIZ

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Idade (anos completos): _____

Cidade em que trabalha: _____

Titulação: ( ) Especialista ( ) Mestre ( ) Doutor

Área da maior titulação: _____

Tema do estudo da maior titulação: _____

Ocupação atual: _____

Tempo de formação profissional (anos completos): _____

Por favor, responda às seguintes questões (pode escolher mais de uma alternativa):

1. Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a) ou orientador (a), estudo na temática ***Terminologias de Enfermagem*** na forma de:

( ) Monografia de graduação ( ) Monografia de especialização

( ) Dissertação ( ) Tese

( ) Artigos científicos ( ) Outros_____

Se sim, qual (is) terminologia (s)? _____

2. Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a) ou orientador (a), estudo na temática ***Rede social*** na forma de:

( ) Monografia de graduação ( ) Monografia de especialização

( ) Dissertação ( ) Tese

( ) Artigos científicos ( ) Outros_____

3. Participa ou participou de grupos/ projetos de pesquisa que envolve/ envolveu a temática ***Terminologias de Enfermagem***? ( ) Sim ( ) Não

Se sim:

Qual o nome do grupo/ projeto: _____

Por quanto tempo participou ou participa do grupo? _____

Qual o local em que ocorre o grupo? _____

4. Participa ou participou de grupos/ projetos de pesquisa que envolve/ envolveu a temática ***Rede social***? ( ) Sim ( ) Não

Se sim:

Qual o nome do grupo/ projeto: _____

Por quanto tempo participou ou participa do grupo? _____

Qual o local em que ocorre o grupo? _____

5. Nos últimos 12 meses, onde exerceu suas atividades profissionais?

( ) Hospital ( ) Unidade Básica de Saúde

( ) Instituição de Ensino ( ) Outro _____

6. Utiliza ou utilizou o diagnóstico de enfermagem em sua prática profissional (assistência)?

( ) Sim. Por quanto tempo? _____ ( ) Não

7. Utiliza ou utilizou o diagnóstico de enfermagem em sua prática profissional (ensino)?

( ) Sim. Por quanto tempo? _____ ( ) Não

8. Presta ou já prestou assistência a pessoas que eram integrantes de uma rede social de apoio que você considerou ineficaz?

( ) Sim ( ) Não

Em qual local? _____

Há quanto tempo? _____

9. No ensino, ministra/ ministrou disciplinas que envolvem a temática *Diagnóstico de enfermagem*? ( ) Sim ( )Não

10. No ensino, ministra/ ministrou disciplinas que abordam a temática *Rede social*?
( ) Sim Especificar: _____
( )Não

11. Utiliza/utilizou o diagnóstico de enfermagem em sua prática profissional (prática assistencial)?
( ) Sim ( ) Não

12. Utiliza/utilizou os diagnósticos de enfermagem em sua prática profissional (ensino)?
( ) Sim ( ) Não

PARTE 2 – Validação do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz

Por favor, responda ao que se pede referente ao diagnóstico Rede social de apoio ineficaz, assinalando com um X uma das alternativas de cada questão apresentada.

1) Você considera o título diagnóstico **Rede social de apoio ineficaz** adequado ao diagnóstico de enfermagem em questão?

   ( ) Sim ( ) Não

   Sugestões

   _____

   _____

2) Escolha a definição diagnóstica mais adequada ao diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz:

Rede social de apoio ineficaz
( ) **Definição 1**: Rede de contatos interpessoais e sistemas organizacionais incapaz de se mobilizar para prover o suporte necessário.
( ) **Definição 2**: Incapacidade dos membros da rede em estabelecer interações sociais geradoras de apoio ao atendimento às necessidades da pessoa, família e coletividade.
( ) **Definição 3**: Incapacidade dos membros da rede em estabelecer interações sociais provedoras de apoio.
Sugestões:

3) Na sua opinião, o diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz estará melhor inserido em qual domínio e classe na Taxonomia 2 da NANDA-I.

( ) **Domínio 7**:**Papéis e relacionamentos**. (Conexões ou associações positivas e negativas entre pessoas ou grupos de pessoas, e os meios pelos quais essas conexões são demonstradas.) **Classe 3. Desempenho de papéis**.(Qualidade e funcionamento em padrões de comportamento socialmente esperados.)
( ) **Domínio 12**:**Conforto**. (Sensação de bem-estar ou tranquilidade mental, física ou social.) **Classe 3. Conforto social**. (Sensação de bem-estar e tranquilidade com a própria situação social.)
Sugestões:

PARTE 3 – Análise de conteúdo das definições conceituais e operacionais dos indicadores clínicos e dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem rede social de apoio ineficaz

A seguir, estão dispostos indicadores clínicos. Você deverá assinalar o parêntese que julgar pertinente quanto à relevância do componente. Caso considere necessário, há um espaço ao lado de cada indicador para sugestões.

INDICADORES CLÍNICOS	CRITÉRIO Relevância	JUSTIFICATIVA, SUGESTÕES OU OUTRAS CONSIDERAÇÕES SOBRE CLAREZA E PRECISÃO DO TÍTULO, OU DEFINIÇÃO CONCEITUAL OU OPERACIONAL DO INDICADOR
1. Sentimento de abandono	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Sensação de solidão, exclusão, insegurança e falta das pessoas queridas. Sentimento de não ser considerado pertencente à rede. Definição Operacional: Demonstração de sensação de ter sido excluído pelas pessoas da rede social devido ao problema, sentindo solidão e falta dessas pessoas. Mapa de rede com tamanho reduzido, com densidade frágil, relações rompidas ou inexistentes e lacunas de dispersão significativas.		
2. Baixa autoestima situacional	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Percepção negativa sobre seu próprio valor em resposta a uma situação atual vivida na interação com os indivíduos de sua rede social. Definição Operacional: Demonstração de percepção negativa sobre seu próprio valor como resposta mal adaptativa a algum		

acontecimento relativo às interações estabelecidas (ou não) com os indivíduos de sua rede social de apoio.		
3. Apoio emocional diminuído	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Poucas expressões de empatia, carinho, preocupação, valorização positiva, encorajamento e compreensão, que levem ao sentimento de pertencer, as quais são realizadas por apenas um, ou nenhum membro da rede. Definição Operacional: Relato de uma ou nenhuma pessoa que converse, realize expressão de empatia, carinho, preocupação, valorização positiva, encorajamento e compreensão. A pessoa não considera suficiente o apoio emocional recebido, sente falta de um parceiro, ou não se sente apoiada nem tem senso de pertencer ao grupo; ou ainda ela mesma tem que oferecer apoio emocional aos apoiadores.		
4. Apoio condicionado	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: O apoio oferecido está sujeito ao atendimento de algum requisito imposto pelo prestador. Definição Operacional: Narração de que o apoio oferecido pelos membros da rede depende do atendimento a algum requisito imposto por eles.		
5. Apoio informativo inadequado	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Ações inapropriadas da rede social em oferecer conselhos, informações, sugestões ou feedback para a pessoa. Definição Operacional: Relato de ter recebido de integrantes da rede primária ou secundária conselhos, informações, sugestões ou retorno/feedback de forma equivocada ou inadequada às suas necessidades no momento, que a deixaram confusa e com necessidade de buscar		

informações em outras fontes. Descrição de recebimento de informações padronizadas e prescritivas.		
6. Pouco apoio social	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Pouca quantidade, frequência e/ou tipos de apoio esperado ou trocado entre pessoas mediante o estabelecimento de laços. Definição Operacional: Narração de diminuída quantidade e/ou frequência de apoio esperado ou trocado com os membros de sua rede; apoio recebido inadequado ou redução dos tipos de apoio antes disponíveis.		
7. Déficit de apoio instrumental dos serviços de saúde	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Falta de ajuda direta de natureza prática prestada por serviços de saúde. Definição Operacional: Relato de falta, insuficiência ou dificuldades no acesso à ajuda prática proveniente dos serviços de saúde.		
8. Imposição de comportamentos adequados	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Estabelecimento da obrigatoriedade em apresentar determinados comportamentos considerados pelos membros da rede social como adequados e salutares, sem oferecer condições adequadas. Definição operacional: Relato de ser pressionado por membros da rede social a apresentar determinados comportamentos considerados convenientes, ou que geram bons resultados de saúde, sem receber o apoio necessário.		
9. Apoio oferecido diferente do apoio esperado	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	

Definição Conceitual: Apoio oferecido não atende às expectativas da pessoa. Definição operacional: Relato de que o apoio oferecido pelos membros da rede não tem conexão com as suas necessidades, tem qualidade insatisfatória; o apoio que era esperado ou foi prometido não aconteceu.		
10. Percepção de normalidade do problema da pessoa	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Entendimento do problema da pessoa como algo comum e trivial. Definição operacional: Relato verbal de que os membros da rede social entendem o problema apresentado pela pessoa como algo comum, e estes podem apresentar o mesmo problema e consideram-no normal.		
11. Fragilidade dos vínculos	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Relações sociais frágeis, insatisfatórias, prejudicadas, interrompidas ou desgastadas, bem como as estabelecidas com membros da rede com os quais se tem pouca interação. Definição operacional: Relato de fragilização das relações sociais anteriormente constituídas, as quais se tornaram insatisfatórias, prejudicadas, interrompidas ou desgastadas; relações estabelecidas com membros da rede com os quais se tem pouca interação. Representação gráfica no mapa de rede de laços fracos, interrompidos ou desgastados.		
12. Interações sociais negativas	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Interações sociais problemáticas entre os membros da rede social, que podem envolver a pessoa ou não. Conflitos, embates, discussões e desavenças entre os membros da rede.		

Definição operacional: Relato da existência de interações sociais problemáticas ou conflituosas entre os membros da rede, que podem envolver a pessoa ou não. Relato da existência de embates, discussões e desavenças entre os membros da rede.		
13. Preconceito	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Ideia ou conceito negativo sobre a natureza de uma pessoa, formado antecipadamente e sem fundamento sério ou imparcial, pelo fato de esta ser percebida como membro de um grupo rejeitado pela rede social de apoio. Definição operacional: Relato de ter sofrido ideia ou conceito negativo, formado antecipadamente e sem fundamento sério ou imparcial, da sua pessoa, por parte dos membros da rede, pelo fato de ser percebida como membro de um grupo rejeitado mela rede social de apoio.		
14. Negligência às demandas de apoio	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Desinteresse e menosprezo das demandas de apoio apresentadas pela pessoa. Definição operacional: Relato de que os membros da rede menosprezam a importância, não tem interesse ou não reconhecem a sua necessidade de apoio.		
15. Encorajamento de comportamentos negativos	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Influências negativas realizadas pelos membros da rede social que estimulam o início ou continuação de comportamentos contraproducentes ou de risco. Definição operacional: Relato de que membros da rede social exercem influências negativas que estimulam o início ou continuação de comportamentos nocivos à saúde, ou que aumentam a vulnerabilidade; desencorajam bons comportamentos.		
16. Subestimação da autoeficácia da pessoa	( ) 1 ( ) 2	

	( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Desvalorização da habilidade da pessoa acreditar nas suas capacidades e/ou controlar os eventos que afetam a sua vida. Exigência por parte dos membros da rede, da pessoa seguir determinados comportamentos ditados por eles. Definição operacional: Relato de se sentir desvalorizado pelos membros da sua rede, sobre a sua habilidade de acreditar nas suas capacidades e/ou controlar os eventos que afetam a sua vida. Relato de exigência, por parte dos membros da rede, da pessoa seguir determinados comportamentos ditados por eles, diminuindo assim a sua autonomia.		
17. Atitudes de culpabilização	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Atos que imputam à pessoa a culpa pelo seu problema atual, por não conseguir bons resultados de saúde, ou por não ter o comportamento socialmente esperado. Definição operacional: Descrição de atitudes provenientes dos membros da rede para imputar à pessoa a culpa pelo seu problema atual, por não conseguir bons resultados de saúde, ou por não ter o comportamento socialmente esperado.		
18. Invasão de privacidade	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Intromissão desrespeitosa, em que membros da rede assumem postura de poder sobre o corpo e a intimidade da pessoa. Definição operacional: Narração de situação na qual os membros da rede atuaram de forma desrespeitosa, intrometendo-se em sua intimidade pessoal, revelando uma postura de poder, na qual a pessoa não teve o controle sobre si mesmo.		
19. Perda de confidencialidade	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4	

	( ) 5	
Definição Conceitual: Perda da confiança que a informação sigilosa partilhada com membros da rede social será respeitada e utilizada somente para o propósito ao qual foi revelada. Definição operacional: Relato de que suas informações sigilosas foram reveladas ou utilizadas para propósitos diferentes dos previstos por membros da rede.		
20. Sobrecarga do cuidador principal	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Problemas ou circunstâncias que afetam a saúde física e emocional, a vida social e a situação financeira do cuidador principal. Definição operacional: Relato de que o membro da rede responsável pela maioria dos cuidados à pessoa está passando por problemas que afetam a sua saúde física e emocional, a vida social e a situação financeira, decorrentes da responsabilidade pelo cuidado à pessoa.		
21. Indisponibilidade para oferta de apoio social	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Impossibilidade ou falta de vontade de voluntariar-se a oferecer apoio social por parte dos membros da rede social. Definição operacional: Relat de que a oferta de apoio não é espontânea, que os membros da rede social recusam-se, não têm tempo, têm medo ou não se dispõe a apoiar.		
22. Escassez de possíveis fontes de apoio social	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Poucos membros na rede social que possam oferecer apoio em situações de necessidade. Definição operacional: Relato de poucas relações significativas com		

membros na rede social que possam oferecer apoio se acionados em situações de necessidade.		
23. Excesso de contatos interpessoais pouco significativos	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Maior frequência de contatos com relações menos íntimas (colegas de trabalho, profissionais) e menos contato com os mais íntimos (família, amigos). Definição operacional: Descrição de que o convívio com pessoas com as quais se tem relações menos íntimas (colegas de trabalho, profissionais) é superior em tempo e quantidade aos contatos com os mais íntimos (família, amigos).		
24. Desvalorização do apoio social recebido	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Pouco reconhecimento por parte da pessoa, do esforço executado pelos membros da rede social para lhe oferecer apoio Definição operacional: Demonstração de ressentimento e ingratidão pelo apoio recebido dos membros da rede; dificuldades na percepção do apoio recebido; preferência por descrever experiências negativas em detrimento das positivas; exaustão dos membros da rede por não ter seus esforços para apoiar reconhecidos pela pessoa.		
25. Falta de bens materiais	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Recursos materiais insuficientes para o atendimento à necessidade apresentada pela pessoa. Definição operacional: Relato de que os bens materiais disponíveis são insuficientes para o atendimento à necessidade apresentada pela pessoa.		
26. Excesso de informação e interação da rede social	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Excesso de interações e informações ineficazes ou		

sem finalidade de apoio interferindo na dinâmica da rede. Definição operacional: Narração de recebimento de diversas informações irrelevantes, e interações sociais excessivas e sem finalidade de apoio, deixando-o sobrecarregado.		
27. Baixa reciprocidade	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Pouca mutualidade na realização de funções equivalentes às ações recebidas. Definição operacional: Relato de que a pessoa não desempenha para o membro da rede funções equivalentes às que ele desempenha para ela, ou vice-versa. Assimetria das relações.		
28. Depressão	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Estado de prostração emocional e tristeza, com diminuição da atividade e da iniciativa e paralização da tomada de decisão. Definição operacional: Relato de estado de prostração emocional e tristeza, com diminuição da atividade e da iniciativa e paralização da tomada de decisão.		

Como você avalia a relevância dos seguintes indicadores clínicos, em conjunto, para o diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz?	
Apoio informativo inadequado Apoio oferecido diferente do apoio esperado Apoio emocional diminuído Preconceito Pouco apoio social Interações sociais negativas Negligência às demandas de apoio Encorajamento de comportamentos negativos Subestimação da autoeficácia da pessoa Sentimento de abandono Imposição de comportamentos adequados Fragilidade dos vínculos Indisponibilidade para oferta de apoio social	**Relevância:**( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5

Atitudes de culpabilização Desvalorização do apoio social recebido Sobrecarga do cuidador principal Excesso de contatos interpessoais pouco significativos Excesso de informação e interação da rede social Baixa reciprocidade Depressão Déficit de apoio instrumental dos serviços de saúde Invasão de privacidade Perda de confidencialidade Escassez de possíveis fontes de apoio social Baixa autoestima situacional Apoio condicionado Percepção de normalidade do problema da pessoa Falta de bens materiais	

A seguir, estão dispostos os fatores etiológicos. Você deverá assinalar o parêntese que julgar pertinente quanto à relevância do componente. Caso considere necessário, há um espaço ao lado de cada fator para sugestões.

FATORES ETIOLÓGICOS	**CRITÉRIO** **Relevância**	**JUSTIFICATIVA, SUGESTÕES OU OUTRAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A CLAREZA E PRECISÃO DO TÍTULO, OU DEFINIÇÃO CONCEITUAL OU OPERACIONAL DO FATOR ETIOLÓGICO**
1. Baixa densidade da rede social	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Poucas relações estabelecidas entre os demais membros da rede social, independente da pessoa. Definição operacional: Relato de que os membros da rede têm poucas relações entre si, sendo muitas vezes o único elo, a pessoa informante. O mapa de rede é representado com escassa quantidade de ligações entre os membros da rede.		

2. Rede social de tamanho menor	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Rede social com número reduzido de integrantes. Definição operacional: Descrição de poucas pessoas participantes da rede social, caracterizando a formação de um mapa de rede com poucos membros que são responsáveis por oferecer todo o apoio necessário, em consonância com o atendimento das necessidades da pessoa.		
3. Rede social de tamanho maior	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Rede social com numerosos integrantes. Definição operacional: Relato verbal de uma quantidade excessiva de integrantes na rede social do informante, configurando a construção de mapas de rede amplos, com muitos vínculos.		
4. Comprometimento insuficiente dos profissionais da saúde	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Compromisso ou envolvimento debilitado/esmaecido e instável por parte dos profissionais da saúde como integrantes da rede social secundária no atendimento às necessidades da pessoa. Definição Operacional: Compromisso ou envolvimento debilitado/esmaecido e instável por parte dos profissionais da saúde como integrantes da rede social secundária no atendimento às necessidades da pessoa.		
5. Impessoalidade nas relações profissional de saúde-paciente	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Relações entre o profissional da saúde e a pessoa direcionadas por condutas de atendimento padronizadas, que não oferecem tratamento particular e personalizado. Definição Operacional: A pessoa verbaliza que o profissional da saúde		

estabelece pouco vínculo e confiança, e não individualiza as condutas às suas necessidades, transmitindo orientações e prestando cuidados padronizados.		
6. Práticas intrusivas dos profissionais da saúde	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Conduta clínica dos profissionais da saúde caracterizada por realização de ações sem ter habilidade e/ou permissão para tal. Definição Operacional: Narração de situações nas quais o profissional da saúde desenvolveu ações de forma insensível, indelicada e invasiva; tomada de atitudes sem prévio consentimento da pessoa; realização de ações de cuidado sem priorizar o ensino do autocuidado.		
7. Fragilidade da organização dos serviços institucionais em rede	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Precariedade da interligação entre os diversos serviços institucionais formais e de mercado, de forma a mobilizar seus recursos para alcançar objetivos em comum; falta de integração interinstitucional. Definição operacional: Relato de que os serviços – saúde, institucionais formais ou de mercado – não se articulam para resolver de forma integral e definitiva o problema apresentado.		
8. Déficit de profissionais da saúde	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Quantidade de profissionais insuficiente para o atendimento adequado às demandas apresentadas pela pessoa e sua rede social. Definição operacional: Relato de falta de profissional de determinada especialidade solicitada, ausência de equipe multidisciplinar, ou falta de tempo do profissional para prestar uma assistência conforme preconizado devido à sobrecarga de trabalho.		
9. Dificuldades no acesso geográfico aos serviços	( ) 1 ( ) 2	

da rede social secundária	( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Existência de obstáculos relacionados à localização geográfica que dificultam o deslocamento da pessoa em direção aos serviços, envolvendo distância linear, tempo de locomoção e custos relacionados ao deslocamento. Definição operacional: Narração de que o local físico das instituições prestadoras de serviços é, em relação à pessoa, considerado distante, de difícil transporte, e/ou demanda muito tempo ou alto custo para deslocamento.		
10. Alto grau de complexidade das organizações	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Organizações com alto nível de complexidade, escopo especializado, regras bem definidas concernentes à hierarquização e descentralização da tomada de decisão. Definição operacional: Relato de sentimento de distância social e falta de compromisso e familiaridade; desapego e impessoalidade nas relações estabelecidas nas organizações de grande porte. Assim, a pessoa não se sente participante de uma rede contínua de cuidados, ajuda e comunicação.		
11. Demanda excessiva de apoio	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Necessidade de apoio excessiva por parte da pessoa. Definição operacional: Relato verbal de que a sua necessidade de apoio é excessiva, podendo chegar a esgotar os recursos materiais disponíveis na rede social.		
12. Receio da pessoa em busca de apoio	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Apreensão, resistência ou decisão de não buscar o apoio necessário junto aos integrantes da rede social.		

Definição operacional: Manifestação de apreensão, resistência ou decisão de não buscar apoio dentre os integrantes da rede social, para impedir incomodá-los ou sobrecarrega-los; evitar sentimentos de dívida, humilhação e dependência; se proteger de contatos com pessoas nocivas.		
13. Desconfiança da competência do outro	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Falta de confiança na capacidade de um ou mais membros da rede social em prestar apoio. Definição operacional: Relato de falta de confiança na capacidade de um ou mais membros da rede em prestar apoio.		
14. Falta de sociabilidade	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Falta de habilidade para conviver socialmente e se comunicar com outros indivíduos de forma a gerar empatia e aceitação, e garantir a formação de relacionamentos interpessoais significativos. Definição operacional: Relato de dificuldade de conviver em sociedade e se comunicar com outros indivíduos para gerar empatia e aceitação, impedindo que estes sejam apoiadores.		
15. Recusa do apoio	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Não aceitação do apoio ofertado. Definição operacional: Relato de que prefere resolver suas situações sozinho, sem aceitar o apoio oferecido pelos membros da rede, afastando assim uma possível sensação de vulnerabilidade por precisar da ajuda de outros.		
16. Incapacidade de acessar os serviços da rede social secundária	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	

Definição Conceitual: Falta de habilidade e autonomia para buscar os serviços prestados nas instituições que formam a rede secundária de forma autônoma e orientada. Definição operacional: Relato verbal de falta de habilidade para, por conta própria, acessar adequadamente os serviços prestados nas instituições que formam a rede social secundária.		
17. Isolamento social	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Falta de engajamento social, decorrente de poucos contatos sociais, e ausência de senso de pertença social, sendo estas situações percebidas como um estado negativo ou ameaçador. Definição operacional: Relato de ter um número reduzido de contatos sociais, representados no mapa de rede como laços fracos, conflituosos ou rompidos; sentimentos de solidão e falta de pertença social.		
18. Problemas de saúde mental	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Grupos de diagnósticos caracterizados como Transtornos psiquiátricos menores, relacionados à: distúrbios afetivos, distúrbios de ansiedade, distúrbios fóbicos, e distúrbios de somatização. Definição operacional: Presença de sinais e/ou sintomas que podem ser atribuídas à distúrbios afetivos, de ansiedade, fóbicos, ou de somatização (podem estar relacionados ao abuso de substâncias ou a transtornos psiquiátricos), e danificam a disposição ou a capacidade de manter relacionamentos de apoio formais e informais.		
19. Mudança de domicílio	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual:		

Troca de localidade onde se tem a residência. Definição operacional: Relato de mudança de localidade onde reside, dificultando a manutenção das relações anteriormente estabelecidas com a rede social primária.		
20. Diferenças culturais	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Falta de sintonia entre a cultura e linguística originária da pessoa e a do seu ambiente social atual. Definição operacional: Relato de que não fala a mesma língua que as pessoas do seu convívio social atual, sofrimento devido à depreciação da sua cultura de origem, e falta de sensibilidade cultural dos possíveis apoiadores.		
21. Centralização da responsabilidade pelo cuidado	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Atendimento às demandas de cuidado da pessoa focado em um único membro da rede social. Definição operacional: Narração de que o atendimento às suas necessidades de apoio é realizado exclusiva ou predominantemente por um único integrante da rede social, que assume toda responsabilidade.		
22. Restrição da atuação de algum membro da rede social	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Limitação ou impossibilidade de algum membro da rede social oferecer apoio. Definição operacional: Relato de limitação ou impossibilidade de algum dos membros da rede para ofertar o apoio necessário, devido a adoecimento, morte, separações ou outras situações que levam a falta de relacionamentos significativos.		
23. Displicência no papel de apoiador	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	

Definição Conceitual: Atitudes de descomprometimento com a necessidade da pessoa apresentadas por membros da rede. Definição operacional: Relato verbal de que os membros da rede não têm os atributos esperados para um apoiador, e são qualificados como não-comprometidos, não-confiáveis, indiferentes, abusivos, e impedem a pessoa de buscar ajuda em outras fontes de apoio. Pessoas com as quais não se tem laços fortes.		
24. Déficit de laços fortes	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Falta de ligações socialmente próximas, que envolvam a disponibilidade de passar tempo com a pessoa e profundidade de relacionamentos. Definição operacional: Relato da existência de pouco ou nenhum relacionamento próximo com que se tenha convivência contínua. Representação no mapa de rede de pouco ou nenhum laço forte.		
25. Laços desfeitos	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Vínculos anteriormente estabelecidos com membros da rede que foram interrompidos ou rompidos. Definição operacional: Relato de rompimento de vínculos anteriormente estabelecidos com membros da rede. Representação no mapa de rede de laços interrompidos/desgastados ou rompidos.		
26. Laços geradores dependência	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Vínculos estabelecidos com membros da rede que causam dependência do auxílio fornecido a partir dessa conexão; relações que condicionam a pessoa a manter a dependência dos serviços padronizados oferecidos por instituições à população em geral. Definição operacional:		

Relato de possuir relações sociais com pessoas que o tornam dependente do auxílio fornecido em decorrência do laço estabelecido; ou relações que o condicionam a manter a dependência dos serviços de bem-estar padronizados oferecidos à população em geral.		
27. Falta de reconhecimento do apoio oferecido	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Ausência do sentimento de agradecimento e valorização do apoio oferecido pela pessoa. Definição operacional: Relato de inexistência de sentimento de gratidão e valorização do apoio oferecido pela pessoa, por parte dos membros da rede.		
28. Falta de reciprocidade ao apoio recebido	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Ausência de ações que expressem mutualidade ao apoio oferecido. Definição operacional: Relato de não execução, por parte dos membros da rede, de algum auxílio recompensador ao apoio oferecido.		
29. Consumo dos recursos da pessoa	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Utilização pelos membros da rede dos bens materiais e recursos emocionais dos quais a pessoa já dispõe, como empatia, carinho e preocupação. Definição operacional: Relato de que os membros da rede gastam os bens materiais disponíveis, e/ou drenam os seus recursos emocionais, em situações nas quais a pessoa se sente impelida a oferecer carinho, atenção, encorajamento, afeto e consolo.		
30. Indisposição para apoiar	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4	

	( ) 5	
Definição Conceitual: Membros da rede social indisponíveis para proporcionar o apoio necessário. Definição operacional: Relato de que membros da rede que poderiam ser fontes de apoio estão ocupados em suas próprias atividades, sendo indisponíveis para atender às demandas da pessoa.		
31. Déficit de conhecimento teórico-prático sobre a necessidade da pessoa	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Pouca ou nenhuma competência teórica e técnica para identificação e atendimento à necessidade apresentada. Definição operacional: Relato de que os membros da rede nunca vivenciaram a situação experienciada pela pessoa, têm pouco ou nenhum conhecimento teórico e/ou técnico, ou são incompetentes para oferecer a ajuda solicitada.		
32. Eventos inesperados	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5	
Definição Conceitual: Acontecimento inesperado à vida cotidiana, que pode afetar toda a rede social. Definição operacional: Relato de algum acontecimento inesperado à vida cotidiana, que pode estar relacionado à pessoa, mas afeta toda a rede, como: doença, perda de emprego, problema de relacionamento do casal ou da família, transtorno grave, perda da autossuficiência no idoso, nascimento de uma criança deficiente, desvio de um adolescente.		

Como você avalia a relevância dos seguintes fatores etiológicos, em conjunto, para o diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz?	
Falta de sociabilidade Receio da pessoa em busca de apoio Isolamento social Vulnerabilidade social Desconfiança da competência do outro Mudança de domicílio Demanda excessiva de apoio Recusa do apoio	**Relevância:**1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( )

Incapacidade de acessar os serviços da rede social secundária Problemas de saúde mental Falta de reconhecimento do apoio oferecido Falta de reciprocidade ao apoio recebido Comprometimento insuficiente dos profissionais da saúde Diferenças culturais Déficit de conhecimento teórico-prático sobre a necessidade da pessoa Impessoalidade nas relações profissional de saúde-paciente Práticas intrusivas dos profissionais da saúde Restrição da atuação de algum membro da rede social Displicência no papel de apoiador Consumo dos recursos da pessoa Indisposição para apoiar Rede social de tamanho menor Fragilidade da organização dos serviços institucionais em rede Baixa densidade da rede social Déficit de profissionais da saúde Déficit de laços fortes Centralização da responsabilidade pelo cuidado Laços desfeitos Rede social de tamanho maior Laços geradores dependência Eventos inesperados Dificuldades no acesso geográfico aos serviços da rede social secundária Alto grau de complexidade das organizações	

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – JUÍZES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Juízes)

Prezado(a) Juiz (a)

Eu, Michelline Santos de França, sou aluna do curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. Estou realizando um estudo intitulado: **"Validação do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz"**, sob orientação das professoras Dra. Cleide Maria Pontes e Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares, docentes do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, situado na Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50670-901 Brasil. Contatos: E-mail: cmpontes18@gmail.com / Fone: (81) 2126.8566.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser esclarecidas com a doutoranda e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso aceite em participar do estudo pedimos que assinale o termo de concordância apresentado adiante. Caso não concorde não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

A pesquisa tem por objetivo geral avaliar validar o diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Para atender este objetivo, foi construída uma Teoria de Médio Alcance intitulada Rede social de apoio ineficaz, a qual subsidiou a elaboração da definição do diagnóstico, dos indicadores clínicos e fatores etiológicos, bem como de suas definições conceituais e operacionais. Estas informações foram organizadas em um instrumento de coleta de dados que será utilizado como ferramenta para análise por juízes. Posteriormente a essa etapa os indicadores clínicos e fatores etiológicos considerados válidos serão testados em uma amostra de mulheres que vivenciam a amamentação.

Portanto, a definição, os indicadores clínicos e fatores etiológicos de rede social de apoio ineficaz identificados a partir da Teoria de Médio Alcance precisam passar por um processo de avaliação, com o objetivo de definir a sua relevância, clareza e precisão. Sendo assim, convidamos a Vossa Senhoria para participar da avaliação do conteúdo diagnóstico na qualidade de juiz. Desta maneira, o termo de consentimento livre e esclarecido e o link para acesso ao instrumento de coleta de dados pode ser acessado por meio do formulário do googleforms.

A participação no processo de avaliação é livre. Sinta-se livre para leitura e qualquer pergunta sobre o termo de concordância ou fase de elaboração da pesquisa, por meio do contato com a

doutoranda: telefone para contato: (81) 99947-8039 {whatsapp/disponível inclusive para ligações a cobrar} e/ou e-mail: michellinedefranca@gmail.com. Dou-lhe garantia de que as informações/respostas que estou obtendo por meio do processo de avaliação, serão usadas apenas para a realização da pesquisa.

A sua participação na pesquisa não acarreta gastos pessoais ou remuneração. Os riscos são mínimos e referem-se ao seu desgaste em responder o instrumento de avaliação. Para minimizar esse risco, será determinado um prazo de 15 dias para devolutiva do instrumento respondido. Ressalta-se que o(a) avaliador(a), poderá negar-se a responder alguma pergunta ou mesmo desistir da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo à si. Os benefícios desta pesquisa são a construção de um diagnóstico de Enfermagem que engloba o indivíduo em sua dimensão social, levando em consideração as relações interpessoais estabelecidas e a influência em sua saúde.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação do(a)s voluntário(a)s, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa por meio do instrumento serão armazenados em pastas de arquivos e no computador da sala de Saúde da Mulher, no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, sob a responsabilidade do coordenador, no endereço acima informado, pelo período mínimo de cinco anos. E após esse período serão destruídos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Michelline Santos de França
Doutoranda do PPGENF/UFPE

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIA

Eu,_____,
CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade esclarecer as minhas dúvidas com a doutoranda, concordo em participar do estudo **"Validação do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz"**, como voluntário(a).

Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me

garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data:_____

Assinatura do(a) participante:_____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar (duas testemunhas não ligadas à equipe de pesquisa):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE E – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS – VALIDAÇÃO CLÍNICA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Formulário nº _____ **Data da entrevista: _____/_____/_____**

USF: _____ **Equipe:_____**

VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS						
Idade (em anos)						
Estado civil	1. ( ) Solteira	2. ( ) Casada	3. ( ) União estável	4. ( ) Separada	5. ( ) Divorciada	6. ( ) Viúva
Religião	1. ( ) Católica	2. ( ) Evangélica	3. ( ) Espírita	4. ( ) Sem religião	5. ( ) Outros _____	
Escolaridade	1. ( ) Não sabe ler nem escrever 2. ( ) Fundamental incompleto 3. ( ) F. completo 4. ( ) Médio incompleto 5. ( ) M. completo 6. ( ) Superior incompleto 7. ( ) S. completo					
Profissão						
Ocupação						
Renda familiar (salário mínimo)	1. ( ) < 1 SM 2. ( ) 1 e 2 SM 3. ( ) ≥ 3 SM					
Quem mora com você?	( ) Companheiro ( ) Filhos mais velhos Quantos? ____ ( ) Mãe ( ) Pai ( ) Sogra ( ) Sogro ( ) Outros _____					

VARIÁVEIS MATERNAS			
Número de filhos vivos			
Idade do filho mais novo (em dias)			
Realizou consulta de pré-natal do filho mais novo?	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	
Número de consultas realizadas		( ) Não se aplica	
Local do pré-natal	( ) Atenção primária	( ) Hospital	( ) Não se aplica
Recebeu orientação sobre amamentação?	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3.( ) Não se aplica
Intercorrência na última gestação?	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	
Qual?		3. ( ) Não se aplica	
Tipo de parto	1. ( ) Vaginal 2. ( ) Cesárea 3. ( ) Fórceps		
O bebê foi colocado no seu peito na primeira hora de vida?	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	

Amamentou exclusivamente filhos anteriores até o sexto mês de vida?	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3.( ) Não se aplica
Qual tipo de amamentação do filho atual?	( ) Aleitamento materno exclusivo ( ) Aleitamento materno predominante ( ) Aleitamento materno complementado ( ) Aleitamento materno misto ou parcial		
Você quer continuar amamentando seu filho?	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	
Você recebe algum tipo de apoio para amamentar?	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	

INDICADORES CLÍNICOS

Verifique a presença ou ausência dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz a seguir, de acordo com as definições operacionais em anexo. 19 indicadores e 27 perguntas

	Indicador clínico	**Presença**	**Ausência**
	Pessoa		
1	**Sentimento de abandono** Você sente que foi abandonada ou excluída por pessoas queridas? ( ) Sim ( ) Não Você sente falta de pessoas que a excluíram do convívio? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
24	**Desvalorização do apoio social recebido** Você considera que teve muitas experiências negativas com os membros da sua rede social de apoio? ( ) Sim ( ) Não Você costuma desvalorizar ou desdenhar o apoio que recebe? ( ) Sim ( ) Não Dificilmente você agradece o apoio que recebeu? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
27	**Baixa reciprocidade** Quando alguém lhe ajuda, você tem dificuldade em retribuir com algo em troca? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
	Configuração da rede social		
11	**Fragilidade dos vínculos** Você sente que os vínculos com uma ou mais pessoas de sua rede social são frágeis ou desgastados? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
	Membros da rede social		
	Atitudes dos membros da rede social		
15	**Estímulo a comportamentos negativos** Os membros da sua rede social incentivam você a iniciar ou continuar práticas que fazem mal à saúde? ( ) Sim ( ) Não Eles a incentivam a PARAR DE FAZER coisas BOAS para a saúde? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
8	**Imposição de comportamentos adequados** Os membros de sua rede impõem que você tenha bons comportamentos de saúde? Ex. Impõem que você amamente ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
17	**Atitudes de culpabilização**	( ) Presente	( ) Ausente

	As atitudes dos membros da rede já fizeram você se sentir culpada por não conseguir bons resultados, ou por não ter o comportamento que eles esperam de você? ( ) Sim ( ) Não		
16	**Subestimação da autoeficácia** Os membros de sua rede já duvidaram da sua capacidade de conseguir amamentar? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
13	**Preconceito** Você já sofreu preconceito ou se sentiu discriminada por algum dos membros da sua rede social? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
	Função de apoio		
3	**Apoio emocional diminuído** Apoio emocional é composto por demonstrações de carinho, empatia, preocupação, valorização e compreensão. Você recebe este tipo de apoio? ( ) Sim ( ) Não *Caso a resposta à questão anterior tenha sido "não", passe para o item 5. Você considera que esse tipo de apoio que você recebe é insuficiente ou diminuído? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
5	**Apoio informativo inadequado** Apoio informativo é composto por conselhos, informações, sugestões que os membros da rede oferecem para você. Você recebe/recebeu esse tipo de apoio? ( ) Sim ( ) Não *Caso a resposta à questão anterior tenha sido "não", passe para o item 9. Essas informações e conselhos foram transmitidos de forma que você considera inadequada? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
9	**Apoio oferecido diferente do apoio esperado** O apoio que você recebe/recebeu dos membros de sua rede é diferente das suas expectativas? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
7	**Déficit de apoio instrumental dos serviços de saúde** Nos serviços de saúde, faltam recursos e ações para resolver suas demandas? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
21	**Indisponibilidade para oferta de apoio social** Os membros da sua rede social se recusam, ou dizem que falta tempo para apoiar você? ( ) Sim ( ) Não Quando te apoiam, você sente que fazem com má vontade? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
14	**Negligência às demandas de apoio** Você sente que os membros de sua rede social menosprezam a importância da sua necessidade? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
	Interações sociais		
12	**Interações sociais negativas** Existem interações conflituosas entre os membros da rede? (discussões ou desavenças que envolvam você ou não) ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
18	**Invasão de privacidade** Alguma vez os membros da rede não respeitaram sua privacidade, intrometendo-se em sua intimidade ou sendo desrespeitosos? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente

	*Caso a resposta à questão anterior tenha sido "não", passe para o item 19. Você sentiu que foi uma relação de poder e que não tinha o controle da situação? ( ) Sim ( ) Não		
19	**Perda de confidencialidade** Alguma vez, informações que você compartilhou em segredo foram divulgadas sem necessidade? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
20	**Sobrecarga do cuidador principal** Algum membro de sua rede social está sobrecarregado por acumular a maior parte da responsabilidade pelo apoio? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
Externos			

FATORES ETIOLÓGICOS

Verifique a presença ou ausência dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz a seguir, de acordo com as definições operacionais em anexo. 27 fatores e 42 perguntas

	Fator etiológico	**Presença**	**Ausência**
Pessoa			
14	**Falta de sociabilidade** Você tem dificuldade de conviver em sociedade? ( ) Sim ( ) Não É difícil para você usar a comunicação para conseguir o que deseja/precisa? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
17	**Isolamento social** Você tem poucos contatos sociais? ( ) Sim ( ) Não Você sente que não faz parte de um grupo social e se sente isolada? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
13	**Desconfiança da competência do outro** Você desconfia da capacidade de algum membro da sua rede social para te apoiar? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
12	**Receio da pessoa em busca de apoio** Você tem receio de buscar apoio entre os membros da rede? (pra não incomodar, não se sentir humilhada em pedir, ou por serem pessoas que te fazem mal) ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
16	**Incapacidade de acessar os serviços da rede social secundária** Falta habilidade para você acessar por conta própria os recursos disponíveis na rede social secundária? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
11	**Demanda excessiva de apoio** Você sente que precisa de muito apoio, e isso já está esgotando material e emocionalmente os membros de sua rede social? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
15	**Recusa do apoio** Você prefere resolver seus problemas sozinha, sem aceitar ajuda dos membros da sua rede social? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
27	**Falta de reconhecimento do apoio oferecido** Você considera negativa a experiência de apoio? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente

	Algum membro da sua rede já reclamou de estar cansado de tanto te apoiar, e você não reconhecer? ( ) Sim ( ) Não		
28	**Pouca reciprocidade ao apoio recebido** Você sente que só os membros da rede te ajudam e você não consegue retribuir? ( ) Sim ( ) Não Você sente que só você faz tudo pelos membros da sua rede e eles não te retribuem? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
19	**Mudança de domicílio** Você mudou de residência desde que começou a amamentar? ( ) Sim ( ) Não *Caso a resposta à questão anterior tenha sido "não", passe para o item 4. Essa mudança dificultou manter as relações de amizade e vizinhança anteriores? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
	Membros da rede social		
4	**Comprometimento insuficiente dos profissionais da saúde** Você sente que os profissionais da saúde são pouco envolvidos no atendimento às suas necessidades? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
5	**Impessoalidade nas relações profissional de saúde-paciente** Você sente que os profissionais da saúde tem falta de interesse em estabelecer vínculo de confiança com você? ( ) Sim ( ) Não Você notou que profissionais da saúde prestaram a você, cuidados ou informações que estão fora da sua realidade? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
6	**Práticas intrusivas dos profissionais da saúde** Algum profissional da saúde fez ação de forma invasiva e/ou indelicada? ( ) Sim ( ) Não Algum profissional da saúde tomou atitudes sem o seu consentimento? ( ) Sim ( ) Não Algum profissional da saúde se recusou a te ensinar como fazer determinado procedimento, e ele mesmo o fez? (ex. dar banho no RN, massagear as mamas) ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
22	**Restrição da atuação de membros da rede social** Algum membro da sua rede social teve atuação limitada? (devido à separação, adoecimento, morte...) ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
23	**Displicência no papel de apoiador** Você sente que algum membro da sua rede social são é confiável? ( ) Sim ( ) Não Algum membro de sua rede social impede você de buscar outras fontes de apoio? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
30	**Indisposição para apoiar** Você sente que pessoas que poderiam te apoiar, estão mais ocupadas com suas próprias atividades, e por isso deixam de ajudar você? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
31	**Déficit de conhecimento teórico-prático sobre a necessidade da pessoa** Você sente que os membros da rede apresentam falta de conhecimento sobre como lhe ajudar?	( ) Presente	( ) Ausente

	( ) Sim ( ) Não		
20	**Diferenças culturais** A sua cultura de origem é diferente da maioria dos membros de sua rede social? ( ) Sim ( ) Não Você acha que as pessoas ao seu redor desprezam a sua cultura de origem? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
Configuração da rede social			
2	**Rede social de tamanho menor** Você considera que sua rede social tem poucos membros, sendo insuficiente para prover todo apoio que você necessita? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
1	**Baixa densidade da rede social** Na sua rede social, apenas poucos membros se conhecem? (independente de você) ( ) Sim ( ) Não Raramente os membros da sua rede interagem entre si, sem sua presença? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
24	**Déficit de laços fortes** Você diria que tem laços fortes apenas com pouquíssimos membros da sua rede? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
25	**Laços desfeitos** Você rompeu laços com algum membro da rede? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
26	**Laços geradores de dependência** Você tem alguma relação que te torna dependente do auxílio que te oferece? ( ) Sim ( ) Não Você depende de auxílio do governo? (depender do auxílio é quando a família não tem outra fonte de renda) ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
8	**Déficit de profissionais da saúde** Algum profissional da saúde deixou de atender você por falta de tempo devido ao excesso de trabalho? ( ) Sim ( ) Não Falta profissional na especialidade que você precisa? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
9	**Dificuldades no acesso geográfico aos serviços da rede social secundária** Para você, o local físico do estabelecimento de saúde é distante ou difícil de chegar? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
7	**Fragilidade da organização em rede dos serviços institucionais** Você precisa recorrer a várias instituições para conseguir resolver seu problema? ( ) Sim ( ) Não Quando você chega um uma instituição diferente das do dia-a-dia, é comum os profissionais não terem conhecimento do que aconteceu com você? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
21	**Centralização da responsabilidade pelo cuidado** Existe um membro da sua rede que fica responsável pela maior parte dos cuidados? ( ) Sim ( ) Não	( ) Presente	( ) Ausente
Externos			

APÊNDICE F – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Para menores de 12 a 18 anos - Resolução 466/12)

Convidamos você _____, após autorização dos seus pais [ou dos responsáveis legais] para participar como voluntário (a) da pesquisa: **"Validação do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz"**. Esta pesquisa é da responsabilidade da Doutoranda Michelline Santos de França, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, situado na Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50670-901 Brasil. Contatos: E-mail: michellinedefranca@gmail.com / Fone: (81) 99947-8039.

Caso este Termo de Assentimento contenha informação que não seja compreensível, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados e concorde com a realização do estudo, pedimos que assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue para que seus pais ou responsável possam guardá-la e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você será esclarecida sobre qualquer dúvida e estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento, podendo retirar esse consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Esta pesquisa será realizada com o objetivo de validar o diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Para atingir o objetivo do estudo será necessário contar com a sua colaboração respondendo as questões referentes à sua interação com as pessoas que fazem parte de sua rede social de apoio. Estas respostas serão importantes para entender quais os indicadores mais relevantes de uma rede social de apoio ineficaz e como diagnosticá-los.

Os riscos da sua participação na pesquisa são mínimos e estão relacionados a um possível constrangimento e desgaste em responder às perguntas. Para minimizar esses riscos, a entrevistadora tentará ser breve nos questionamentos e a senhora, caso sinta-se constrangida, poderá negar-se a responder alguma pergunta ou mesmo desistir da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ao seu atendimento de saúde. Como benefícios, espera-se que esta pesquisa possa contribuir para uma melhor assistência de enfermagem às pessoas, famílias e comunidades. Após o término da entrevista, as dúvidas sobre a amamentação, se houverem, poderão ser esclarecidas pela entrevistadora.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas. Não serão divulgados seu nome e nenhum dado que possa lhe identificar, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, garantindo o sigilo da sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa por meio dessa entrevista ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora principal, no endereço acima informado, pelo período mínimo de 5 anos, e após esse período serão destruídos.

Informamos que nem você e nem seus pais [ou responsáveis legais] pagarão nada para você participar desta pesquisa, também não receberão nenhum pagamento para a sua participação, pois é voluntária. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação e de seus pais serão assumidas ou ressarcidas pela pesquisadora. Fica também garantida

indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da sua participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas sobre as questões éticas deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

_____

Michelline Santos de França

ASSENTIMENTO DA MENOR DE IDADE EM PARTICIPAR COMO VOLUNTÁRIA

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____, abaixo assinado, aceito participar do estudo **"Validação do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz"**, como voluntária.
Fui informada e esclarecida sobre a pesquisa e como ela acontecerá, e seus riscos e benefícios para mim. Sei que posso desistir a qualquer momento e que não sofrerei penalidade por isso.

Recife, _____/_____/_____.

_____

Assinatura da participante

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar (duas testemunhas não ligadas à equipe de pesquisa):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - MULHERES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Participantes)

Convidamos a senhora_____ para participar como voluntária da pesquisa **"Validação do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz"**, sob a responsabilidade da Doutoranda Michelline Santos de França, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, situado na Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50670-901 Brasil. Contatos: E-mail: michellinedefranca@gmail.com / Fone: (81) 99947-8039 (telefone disponível inclusive para ligações a cobrar).

Caso este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser esclarecidas com o entrevistador e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com a pesquisadora responsável. Caso não concorde não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

A pesquisa tem como objetivo validar o diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Para atingir o objetivo do estudo será necessário contar com a sua colaboração respondendo as questões referentes à sua interação com as pessoas que fazem parte de sua rede social de apoio. Estas respostas serão importantes para entender quais os indicadores mais relevantes de uma rede social de apoio ineficaz e como diagnosticá-los.

Os riscos da sua participação na pesquisa são mínimos e estão relacionados a um possível constrangimento e desgaste em responder às perguntas. Para minimizar esses riscos, a entrevistadora tentará ser breve nos questionamentos e a senhora, caso sinta-se constrangida, poderá negar-se a responder alguma pergunta ou mesmo desistir da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ao seu atendimento de saúde. Como benefícios, espera-se que esta pesquisa possa contribuir para uma melhor assistência de enfermagem às pessoas, famílias e comunidades. Após o término da entrevista, as dúvidas sobre a amamentação, se houverem, poderão ser esclarecidas pela entrevistadora.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas. Não serão divulgados seu nome e nenhum dado que possa lhe identificar, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, garantindo o sigilo da sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa por meio dessa entrevistaficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora principal, no endereço acima informado, pelo período mínimo de 5 anos, e após esse período serão destruídos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar,

sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

_____
Michelline Santos de França

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIA

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a entrevistadora, concordo em participar do estudo **"Validação do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz"**, como voluntária.
Fui devidamente informada e esclarecida sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Impressão digital (opcional)

Recife, _____/_____/_____.

Assinatura da participante:_____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar (duas testemunhas não ligadas à equipe de pesquisa):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE H – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RESPONSÁVEL LEGAL)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO

(Para responsável legal pelo menor de 18 anos - Resolução 466/12)

Solicitamos a sua autorização para convidar a sua filha (ou menor que está sob sua responsabilidade) _____, para participar, como voluntária, da pesquisa **"Validação do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz"**. Esta pesquisa é da responsabilidade da Doutoranda Michelline Santos de França, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, situado na Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50670-901 Brasil. Contatos: E-mail: michellinedefranca@gmail.com / Fone: (81) 99947-8039.

Caso este Termo de Consentimento contenha informação que não seja compreensível, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados e concorde com a realização do estudo pedimos que assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue para que seus pais ou responsável possam guardá-la e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde, não haverá penalização nem para o (a) Sr.(a) nem para a sua filha (ou menor que está sob sua responsabilidade), bem como o/a Sr.(a) poderá retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

Esta pesquisa será realizada com o objetivo de validar o diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Para atingir o objetivo do estudo será necessário contar com a colaboração da sua filha (ou menor que está sob sua responsabilidade), respondendo as questões referentes à sua interação com as pessoas que fazem parte da rede social de apoio dela. Estas respostas serão importantes para entender quais os indicadores mais relevantes de uma rede social de apoio ineficaz e como diagnosticá-los.

Os riscos decorrentes da participação da sua filha (ou menor que está sob sua responsabilidade) na pesquisa são mínimos e referem-se ao constrangimento e desgaste desta em responder às perguntas. Para minimizar estes riscos, a entrevistadora tentará ser breve nos questionamentos e a voluntária, caso sinta-se constrangida, poderá negar-se a responder alguma pergunta ou mesmo desistir da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ao seu atendimento de saúde. Como benefícios, espera-se que esta pesquisa possa contribuir para Como benefícios, espera-se que esta pesquisa possa contribuir para uma melhor assistência de enfermagem às pessoas, famílias e comunidades. Após o término da entrevista, as dúvidas do Sr.(a) e/ou da sua filha (ou menor que está sob sua responsabilidade) sobre a amamentação, se houverem, poderão ser esclarecidas pela entrevistadora.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas. Não serão divulgados seu nome, nome da sua filha (ou menor que está sob sua responsabilidade) e ou nenhum dado que possam lhes identificar, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, garantindo o sigilo da participação. Os dados coletados nesta pesquisa por meio da entrevista, ficarão armazenados em computador pessoal,

sob a responsabilidade da pesquisadora principal, no endereço acima informado, pelo período mínimo de 5 anos.

Informamos que nem o(a) Sr.(a) e nem a sua filha (ou menor que está sob sua responsabilidade) pagarão nada para participar desta pesquisa, também não receberão nenhum pagamento para a sua participação, pois é voluntária. Se houver necessidade, as despesas para a participação e serão assumidas ou ressarcidas pelos pesquisadores. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da sua participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas sobre as questões éticas deste estudo, o(a) Sr.(a) e a participante poderão consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

_____

Michelline Santos de França

CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, responsável por _____, autorizo a sua participação no estudo **"Validação do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz"**, como voluntária.

Fui informada(o) e esclarecida(o) sobre a pesquisa e como ela acontecerá, e seus riscos e benefícios para mim. Sei que posso desistir a qualquer momento e que não sofrerei penalidade por isso.

Recife, _____/_____/_____.

_____

Assinatura do(a) responsável

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar (duas testemunhas não ligadas à equipe de pesquisa):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE I – PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS – VALIDAÇÃO CLÍNICA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) PARA A ETAPA DE VALIDAÇÃO CLÍNICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM REDE SOCIAL DE APOIO INEFICAZ

Definição

O estudo em questão trata-se da validação clínica do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz, no qual será identificada a presença ou ausência de cada indicador clínico e fator relacionado na população de mulheres que vivenciam a amamentação.

Objetivos

- Promover alinhamento das condutas da equipe de pesquisa durante o processo de coleta de dados
- Dirimir dúvidas durante a coleta de dados
- Garantir a ausência de viés de informação no estudo

Responsabilidades

Integrantes do grupo de pesquisa:

- Garantir os preceitos éticos durante a pesquisa
- Apresentar-se como aluna da UFPE, vestindo-se com roupa adequada a um estabelecimento de saúde, portanto o crachá de identificação em local visível
- Aplicar o instrumento de coleta de dados com atenção à fidedignidade ao texto, referindo-se à mulher como senhora
- Manter o controle dos questionários aplicados, e encaminhar para a doutoranda, para que a mesma possa fazer o julgamento da presença ou ausência dos indicadores clínicos e fatores relacionados

Doutoranda:

- Garantir os preceitos éticos durante a pesquisa
- Entrar em contato com as USFs e fazer a apresentação da pesquisa, bem como organização do cronograma de coleta de dados junto à equipe

- Apresentar-se como aluna da UFPE, com vestimenta adequada ao ambiente de serviço de saúde
- Aplicar o instrumento de coleta de dados com atenção à fidedignidade ao texto, referindo-se à mulher como senhora
- Fazer o julgamento da presença ou ausência dos indicadores clínicos e fatores relacionados
- Manter a organização do bom andamento do processo de coleta de dados

Orientações gerais:

Ao chegar à USF, identifique-se como aluna da Universidade Federal de Pernambuco, e procure os enfermeiros que farão consulta de puericultura naquele momento. Chegue cedo, para que a coleta de dados aconteça antes do momento da consulta. Momento em que a mulher tem mais chances de estar disponível para a entrevista.

1º Passo: Inicialmente, se apresente à mulher, mencionando ser estudante da UFPE, que está desenvolvendo uma pesquisa sobre a Rede social de apoio ineficaz. Cumprimente a mulher, e pergunte se ela está amamentando (independente do tipo de amamentação). Explique que a rede social dela é composta pelas pessoas com as quais ela se relaciona, como companheiro, mãe, familiares em geral, vizinhos, amigos, profissionais da saúde, e também as instituições com as quais ela tem vínculo (USF, escola, igreja...).

2º Passo: Diga que a rede social pode ter uma ação satisfatória ou ineficaz, e essa ineficácia é o foco da presente pesquisa, que tem como objetivo: Validar o diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz. Convide-a para participar da pesquisa.

3º Passo: Leia juntamente com a mulher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, esclarecendo possíveis dúvidas que surjam, ressaltando os benefícios e possíveis malefícios da pesquisa. Oriente-a, caso concorde em participar do estudo, a assinar o Termo de Consentimento, deixando uma via do mesmo com ela e outra com você. Anexe o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido com o questionário da participante. No caso de mulheres menores de 18 anos, além da assinatura do termo de assentimento pela mesma, o seu responsável deve assinar o termo de consentimento livre e esclarecido para o responsável legal.

4º Passo: Caso a mulher esteja acompanhada, pergunte se o seu acompanhante pode deixa-la por alguns instantes, para que a mesma se sinta mais à vontade durante a entrevista. Diga à mulher que começará a entrevista.

5º Esclareça para a mulher que, caso durante a entrevista ela seja chamada para a consulta, vocês podem interromper a entrevista e você ficará aguardando a sua volta para continuarem.

6º Passo: Antes da aplicação do instrumento, oriente a participante sobre como ela deve compreender o instrumento. É fundamental que você diga a cada mulher que "não existem respostas certas ou erradas".

7º Passo: Durante a entrevista, sempre chame a mulher pelo seu nome ou utilize apenas o pronome de tratamento: senhora.

8º Passo: É imprescindível a leitura dos itens conforme consta no instrumento. Não utilizar suas próprias palavras.

9º Passo: Durante a entrevista, é importante manter contato visual com a mulher. Mantenha sempre uma postura amigável e compreensiva.

10º Passo: Para cada indicador clínico e fator relacionado, existem uma, duas ou três perguntas com resposta "sim" ou "não". Faça essas perguntas e assinale a resposta dada pela mulher. As colunas da direita (Presente e Ausente) não devem ser preenchidas por alunas da iniciação científica.

11º Passo: Ao término da entrevista, agradeça a mulher por sua participação.

N	VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS
1.	Idade da mulher - Perguntar a idade da mulher em anos
2.	Estado civil Perguntar a mulher qual o seu estado civil. - Solteiro(a) - quem nunca se casou, ou que teve o casamento anulado - Casado(a) - quem contraiu matrimônio, independente do regime de bens adotado - Divorciado(a) - após a homologação do divórcio pela justiça ou por uma escritura pública. - Viúvo(a) - pessoa cujo cônjuge faleceu. - Separado(a) - pessoa cujo vínculo jurídico do casamento existe, mas foi dissolvida por escritura pública ou decisão judicial a sociedade conjugal

	(MIRABETE, Julio Fabbrini. Código de Processo Penal Interpretado. 11ª. Edição. São Paulo: Atlas, 2006.)
3.	Religião Pergunte qual religião a mulher professa. Caso a participante escolha outra opção além daquelas categorizadas previamente no questionário, marcar outros e descrever.
4.	Escolaridade materna Pergunte qual a escolaridade da mulher. - Analfabeto: indivíduo que não sabe ler e escrever; - Ensino fundamental incompleto: não concluiu todos os anos correspondentes a este ciclo de estudos (1ª a 9ª série); - Ensino fundamental completo: concluiu o ciclo de estudos básicos (1ª a 9ª série); - Ensino médio incompleto: não concluiu todos os anos correspondentes a este ciclo (1º ao 3º ano); - Ensino médio completo: concluiu este ciclo de estudos (1º ao 3º ano); - Superior incompleto (ou graduação): não concluiu o curso de ensino superior (bacharelado ou licenciatura); Superior completo (ou graduação): concluiu o curso de ensino superior (bacharelado ou licenciatura);
5.	Profissão Pergunte se a mulher tem alguma profissão. Anote a resposta sucinta no espaço disponível.
6.	Ocupação Pergunte se ela trabalha fora de casa, e em qual função. Anote a resposta sucinta no espaço disponível. Se a resposta for negativa, escreva “do Lar”
7.	Renda familiar (salário mínimo) Renda familiar é representada pela soma dos ordenados/pagamentos recebidos por mês pelas pessoas que moram com a mulher, inclusive o dela. O salário mínimo vigente durante a coleta dos dados desta pesquisa está no valor de R$ 880,00. Caso a participante responder a esta questão verbalizando a renda em reais e não em salários mínimos, considerar: < R$998,00 2. R$998,00 – 1.996,00 3. ≥ R$2.994,00
8.	Quem mora com você Pergunte quem mora com a mulher, marque as alternativas condizentes, e, caso ela indique alguém não informado, marque a opção outros e anote o grau de relação.

	VARIÁVEIS MATERNAS
9.	Número de filhos vivos Pergunte quantos filhos vivos a mulher possui.

10.	Idade do filho mais novo (em dias) Pergunte a mulher qual a idade do seu filho mais novo. Caso ela responda em meses, coverta a resposta para dias e anote no local indicado. Ex.: A mulher responde “um mês e quatro dias”. Você deverá somar 30+4= 34 dias.
11.	Realizou consulta de pré-natal do filho mais novo? Pergunte se ela realizou consultas de pré-natal do filho mais novo.
12.	Número de consultas realizadas Pergunte quantas consultas ela realizou durante o pré-natal do filho mais novo.
13.	Local do pré-natal Pergunte em qual local ela fez o pré-natal. Anote se foi realizado na atenção primária ou no hospital. Caso não tenha sido realizado, marque a opção “não se aplica”.
14.	Recebeu orientação sobre amamentação? Pergunte se a mulher recebeu orientações sobre amamentação desde o pré-natal até o presente momento.
15.	Intercorrência na última gestação? Pergunte se a mulher teve alguma intercorrência na gestação do filho mais novo. Neste caso, Intercorrência é um evento inesperado relacionado à saúde que acontece durante o período gestacional.
16.	Qual? Pergunte qual intercorrência, e anote de forma sucinta. Caso não tenha tido intercorrência, marque a opção “não se aplica.
17.	Tipo de parto Pergunte qual o tipo de parto do filho mais novo e marque a resposta. - Vaginal: tipo de parto no qual o bebê percorre o canal de parto via vaginal. - Cesária: tipo de intervenção cirúrgica com incisão nas paredes abdominal e uterina que permite extrair o feto do útero materno; - Fórceps: O fórceps obstétrico é um instrumento destinado a apreender a cabeça fetal e extraí-la através do canal do parto.
18.	O bebê foi colocado no seu peito na primeira hora de vida? Perguntar se o bebê foi colocado no peito da mulher na primeira hora de vida, seja na sala de parto, no alojamento conjunto, ou onde quer que ela esteja com o bebê na sua primeira hora de vida. Essa interação propicia o contato pele a pele, não necessariamente o bebê precisa ter sido amamentado neste momento.
19.	Amamentou exclusivamente filhos anteriores até o sexto mês de vida? Perguntar se a mulher amamentou exclusivamente filhos anteriores até o sexto mês de vida. Marcar a resposta.
20.	Qual tipo de amamentação do filho atual? Perguntar qual tipo de amamentação do filho mais novo. Anotar a resposta de acordo com a classificação abaixo. <u>Aleitamento materno exclusivo</u> – somente LM, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos (gotas ou xaropes - vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos) <u>Aleitamento materno predominante</u> – além do LM, água ou bebidas à base de água (água adocicada, chás, infusões) e sucos de frutas. <u>Aleitamento materno complementado</u> – além do LM, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.

	Aleitamento materno misto ou parcial – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite
21.	Você quer continuar amamentando seu filho? Perguntar se a mulher quer continuar amamentando seu filho. Anotar a resposta.
22.	Você recebe algum tipo de apoio para amamentar? Perguntar se a mulher recebe algum tipo de apoio para amamentar seu filho. Anotar a resposta.

INDICADORES CLÍNICOS E FATORES ETIOLÓGICOS

1 Em cada indicador, não precisa falar o título do indicador. Faça apenas as perguntas com continuidade.
2 A numeração na coluna da esquerda de cada indicador e fator trata-se de um código do mesmo, e não corresponde a uma ordem crescente.

	Indicador clínico	Recomendações
1	**Sentimento de abandono** Você sente que foi abandonada ou excluída por pessoas queridas? ( ) Sim ( ) Não Você sente falta de pessoas que a excluíram do convívio? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. As pessoas queridas são pessoas pelas quais a mulher tem/tinha apreço e afeição. Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. As pessoas que excluíram do convívio não precisam necessariamente ser "pessoas queridas".
24	**Desvalorização do apoio social recebido** Você considera que teve muitas experiências negativas com os membros da sua rede social de apoio? ( ) Sim ( ) Não Você costuma desvalorizar ou desdenhar o apoio que recebe? ( ) Sim ( ) Não Dificilmente você agradece o apoio que recebeu? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Experiências que a mulher julga negativas. Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. A mulher tem dificuldade em reconhecer e valorizar o ato de ser apoiada.
27	**Baixa reciprocidade** Quando alguém lhe ajuda, você tem dificuldade em retribuir com algo em troca? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. A mulher dirá se tem dificuldade em desempenhar para o membro da rede, funções equivalentes às dele recebidas.
11	**Fragilidade dos vínculos** Você sente que os vínculos com uma ou mais pessoas de sua rede social são frágeis ou desgastados? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Relações frágeis são consideradas por ela insatisfatórias, interrompidas ou desgastadas; também as estabelecidas com membros os quais ela não costuma ter contato.
15	**Estímulo a comportamentos negativos** Os membros da sua rede social incentivam você a iniciar ou continuar práticas que fazem mal à saúde? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Práticas consideradas negativas que são nocivas à saúde ou geram doenças ou agravos. Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a

	Eles a incentivam a PARAR DE FAZER coisas BOAS para a saúde? ( ) Sim ( ) Não	resposta. As palavras em caixa alta devem ser mencionadas com ênfase na entonação, para que a mulher entenda a diferença da questão anterior desse mesmo item.
8	**Imposição de comportamentos adequados** Os membros de sua rede impõem que você tenha bons comportamentos de saúde? Ex. Impõem que você amamente ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Os bons comportamentos de saúde são considerados positivos pelos membros da rede.
17	**Atitudes de culpabilização** As atitudes dos membros da rede já fizeram você se sentir culpada por não conseguir bons resultados, ou por não ter o comportamento que eles esperam de você? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. O foco nessa questão é a culpa que a mulher sente ao se sentir cobrada.
16	**Subestimação da autoeficácia** Os membros de sua rede já duvidaram da sua capacidade de conseguir amamentar? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. A mulher sente que as pessoas tem ações de diminuir sua capacidade de controlar os eventos de sua própria vida.
13	**Preconceito** Você já sofreu preconceito ou se sentiu discriminada por algum dos membros da sua rede social? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Lembrar sempre que a rede social envolve diversos atores com os quais a mulher tem contato, como vizinhos, amigos, colegas de trabalho, profissionais da saúde, entre outros.
3	**Apoio emocional diminuído** Apoio emocional é composto por demonstrações de carinho, empatia, preocupação, valorização e compreensão. Você recebe este tipo de apoio? ( ) Sim ( ) Não *Caso a resposta à questão anterior tenha sido "não", passe para o item 5. Você considera que esse tipo de apoio que você recebe é insuficiente ou diminuído? ( ) Sim ( ) Não	Ler com calma, sem entonação de pergunta. Para que a mulher entenda o que é apoio emocional. Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Caso a resposta à questão seja "não", a pergunta seguinte não tem sentido, portanto, passe para o próximo item. Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta.
5	**Apoio informativo inadequado** Apoio informativo é composto por conselhos, informações, sugestões que os membros da rede oferecem para você. Você recebe/recebeu esse tipo de apoio? ( ) Sim ( ) Não *Caso a resposta à questão anterior tenha sido "não", passe para o item 9. Essas informações e conselhos foram transmitidos de forma que você considera inadequada? ( ) Sim ( ) Não	Ler com calma, sem entonação de pergunta. Para que a mulher compreenda o que é apoio informativo. Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Caso a resposta à questão seja "não", a pergunta seguinte não tem sentido, portanto, passe para o próximo item. Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta.
9	**Apoio oferecido diferente do apoio esperado** O apoio que você recebe/recebeu dos membros de sua rede é diferente das suas expectativas? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Nesse caso, o apoio recebido não tem conexão com as necessidades da mulher. Isso não

		quer dizer que é negativo, apenas não é o apoio que ela esperava receber, ou é insatisfatório.
7	**Déficit de apoio instrumental dos serviços de saúde** Nos serviços de saúde, faltam recursos e ações para resolver suas demandas? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Está relacionado a falta de ações para resolver as demandas da mulher.
21	**Indisponibilidade para oferta de apoio social** Os membros da sua rede social se recusam, ou dizem que falta tempo para apoiar você? ( ) Sim ( ) Não Quando te apoiam, você sente que fazem com má vontade? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta.
14	**Negligência às demandas de apoio** Você sente que os membros de sua rede social menosprezam a importância da sua necessidade? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Um ou mais membros da rede não reconhecem a necessidade de apoio da mulher, ou não tem interesse em reconhecer e apoiar.
12	**Interações sociais negativas** Existem interações conflituosas entre os membros da rede? (discussões ou desavenças QUE ENVOLVAM VOCÊ OU NÃO) ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Fazer ênfase na entonação, para enfatizar que essas discussões ou desavenças não necessariamente precisam envolver a mulher.
18	**Invasão de privacidade** Alguma vez os membros da rede não respeitaram sua privacidade, intrometendo-se em sua intimidade ou sendo desrespeitosos? ( ) Sim ( ) Não *Caso a resposta à questão anterior tenha sido "não", passe para o item 19. Você sentiu que foi uma relação de poder e que não tinha o controle da situação? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Caso a resposta à questão seja "não", a pergunta seguinte não tem sentido, portanto, passe para o próximo item. Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta.
19	**Perda de confidencialidade** Alguma vez, informações que você compartilhou em segredo foram divulgadas sem necessidade? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta.
20	**Sobrecarga do cuidador principal** Algum membro de sua rede social está sobrecarregado por acumular a maior parte da responsabilidade pelo apoio? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta.

	Fator etiológico	**Recomendações**
14	**Falta de sociabilidade** Você tem dificuldade de conviver em sociedade? ( ) Sim ( ) Não É difícil para você usar a comunicação para	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a

	conseguir o que deseja/precisa? ( ) Sim ( ) Não	resposta. Dificuldades de estabelecer comunicação que gere empatia e torne-se recurso para angariar apoiadores.
17	**Isolamento social** Você tem poucos contatos sociais? ( ) Sim ( ) Não Você sente que não faz parte de um grupo social e se sente isolada? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Não existe uma quantidade específica para ser utilizada como ponto de corte. È a percepção da mulher, se ela considera poucos. Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta.
13	**Desconfiança da competência do outro** Você desconfia da capacidade de algum membro da sua rede social para te apoiar? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Trata-se da desconfiança na competência do outro prestar o apoio necessário, ainda que ele esteja disponível para fazê-lo.
12	**Receio da pessoa em busca de apoio** Você tem receio de buscar apoio entre os membros da rede? (pra não incomodar, não se sentir humilhada em pedir, ou por serem pessoas que te fazem mal) ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Ler também o texto entre parênteses, ele é esclarecedor para a mulher.
16	**Incapacidade de acessar os serviços da rede social secundária** Falta habilidade para você acessar por conta própria os recursos disponíveis na rede social secundária? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Os recursos são constituídos tanto por recursos materiais, como serviços e informações disponíveis nas diversas instituições.
11	**Demanda excessiva de apoio** Você sente que precisa de muito apoio, e isso já está esgotando material e emocionalmente os membros de sua rede social? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Trata-se da percepção da mulher.
15	**Recusa do apoio** Você prefere resolver seus problemas sozinha, sem aceitar ajuda dos membros da sua rede social? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta.
27	**Falta de reconhecimento do apoio oferecido** Você considera negativa a experiência de apoio? ( ) Sim ( ) Não Algum membro da sua rede já reclamou de estar cansado de tanto te apoiar, e você não reconhecer? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. A mulher tem preferência em descrever experiências negativas de apoio. Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta.
28	**Pouca reciprocidade ao apoio recebido** Você sente que só os membros da rede te ajudam e você não consegue retribuir? ( ) Sim ( ) Não Você sente que só você faz tudo pelos membros da sua rede e eles não te retribuem? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Neste caso, a mulher é apoiada e não retribui. Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Neste caso, a mulher é fonte de apoio para os membros da rede, porém não recebe contrapartida significativa.
19	**Mudança de domicílio** Você mudou de residência desde que começou a amamentar? ( ) Sim ( ) Não *Caso a resposta à questão anterior tenha sido "não", passe para o item 4. Essa mudança dificultou manter as relações de amizade e vizinhança anteriores?	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Caso a resposta à questão seja "não", a pergunta seguinte não tem sentido, portanto, passe para o próximo item. Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Se a mudança acarretou distância física

	( ) Sim ( ) Não	que dificultou a interação com os contatos interpessoais anteriores.
4	**Comprometimento insuficiente dos profissionais da saúde** Você sente que os profissionais da saúde são pouco envolvidos no atendimento às suas necessidades? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Trata-se da percepção da mulher. Mantenha uma postura impassível, para que ela não sinta que você vai revelar a resposta aos profissionais da saúde. Enfatize que pode ser profissionais de qualquer estabelecimento de saúde, não apenas da USF.
5	**Impessoalidade nas relações profissional de saúde-paciente** Você sente que os profissionais da saúde tem falta de interesse em estabelecer vínculo de confiança com você? ( ) Sim ( ) Não Você notou que profissionais da saúde prestaram a você, cuidados ou informações que estão fora da sua realidade? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Trata-se da percepção da mulher. Mantenha uma postura impassível, para que ela não sinta que você vai revelar a resposta aos profissionais da saúde. Enfatize que pode ser profissionais de qualquer estabelecimento de saúde, não apenas da USF. Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Você pode citar como exemplo, se alguma vez ela notou que o profissional de saúde (de qualquer estabelecimento) deu orientações de alimentação utilizando itens que ela não costuma consumir em sua casa.
6	**Práticas intrusivas dos profissionais da saúde** Algum profissional da saúde fez ação de forma invasiva e/ou indelicada? ( ) Sim ( ) Não Algum profissional da saúde tomou atitudes sem o seu consentimento? ( ) Sim ( ) Não Algum profissional da saúde se recusou a te ensinar como fazer determinado procedimento, e ele mesmo o fez? (ex. dar banho no RN, massagear as mamas) ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Mantenha uma postura impassível, para que ela não sinta que você vai revelar a resposta aos profissionais da saúde. Enfatize que pode ser profissionais de qualquer estabelecimento de saúde, não apenas da USF. Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Mantenha uma postura impassível, para que ela não sinta que você vai revelar a resposta aos profissionais da saúde. Enfatize que pode ser profissionais de qualquer estabelecimento de saúde, não apenas da USF.
22	**Restrição da atuação de membros da rede social** Algum membro da sua rede social teve atuação limitada? (devido à separação, adoecimento, morte...) ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. É importante ler o texto entre parênteses.
23	**Displicência no papel de apoiador** Você sente que algum membro da sua rede social são é confiável? ( ) Sim ( ) Não Algum membro de sua rede social impede você de buscar outras fontes de apoio? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Nesse caso, relembre que a rede social é composta não só pela família, mas pelos contatos interpessoais em relações de parentesco, vizinhança, amizade, trabalho e tempo livre. Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta.
30	**Indisposição para apoiar** Você sente que pessoas que poderiam te apoiar, estão mais ocupadas com suas próprias atividades, e por isso deixam de ajudar você? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Nesse caso, o membro da rede prioriza suas próprias atividades, sendo indisponível para prestar o apoio necessário.
31	**Déficit de conhecimento teórico-prático sobre a necessidade da pessoa**	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a

	Você sente que os membros da rede apresentam falta de conhecimento sobre como lhe ajudar? ( ) Sim ( ) Não	resposta. Nesse caso, os membros da rede estão disponíveis para apoiar. No entanto, lhes falta conhecimento teórico prático para fazê-lo.
20	**Diferenças culturais** A sua cultura de origem é diferente da maioria dos membros de sua rede social? ( ) Sim ( ) Não Você acha que as pessoas ao seu redor desprezam a sua cultura de origem? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. A cultura é composta pela visão de mundo, crenças, costumes. Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta.
2	**Rede social de tamanho menor** Você considera que sua rede social tem poucos membros, sendo insuficiente para prover todo apoio que você necessita? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Trata-se da percepção da mulher, não há, neste caso, um quantitativo de corte para considerar "poucos".
1	**Baixa densidade da rede social** Na sua rede social, apenas poucos membros se conhecem? (independente de você) ( ) Sim ( ) Não Raramente os membros da sua rede interagem entre si, sem sua presença? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Enfatizar que os membros devem se conhecer independente da mulher. Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Enfatizar que os membros devem interagir independente da presença da mulher.
24	**Déficit de laços fortes** Você diria que tem laços fortes apenas com pouquíssimos membros da sua rede? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta.
25	**Laços desfeitos** Você rompeu laços com algum membro da rede? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta.
26	**Laços geradores de dependência** Você tem alguma relação que te torna dependente do auxílio que te oferece? ( ) Sim ( ) Não Você depende de auxílio do governo? (depender do auxílio é quando a família não tem outra fonte de renda) ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Esse tipo de relação torna a mulher dependente, minando suas possibilidades de autonomia e crescimento pessoal. Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Caso a mulher responda sim, pergunte novamente se ela depende daquele auxílio, ou é uma ajuda.
8	**Déficit de profissionais da saúde** Algum profissional da saúde deixou de atender você por falta de tempo devido ao excesso de trabalho? ( ) Sim ( ) Não Falta profissional na especialidade que você precisa? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Mantenha uma postura impassível, para que ela não sinta que você vai revelar a resposta aos profissionais da saúde. Enfatize que pode ser profissionais de qualquer estabelecimento de saúde, não apenas da USF. Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta.
9	**Dificuldades no acesso geográfico aos serviços da rede social secundária** Para você, o local físico do estabelecimento de saúde é distante ou difícil de chegar? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta.
7	**Fragilidade da organização em rede dos serviços institucionais** Você precisa recorrer a várias instituições para	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Enfatizar que não apenas instituições de

	conseguir resolver seu problema? ( ) Sim ( ) Não Quando você chega um uma instituição diferente das do dia-a-dia, é comum os profissionais não terem conhecimento do que aconteceu com você? ( ) Sim ( ) Não	saúde, mas os diversos serviços de saúde e bem estar social. Os mesmos não tem articulação entre si para resolver o problema da mulher de forma integral. Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta. Nesses casos, ao chegar a uma instituição diferente, a mulher necessita contar todo o histórico, e iniciar do zero o relacionamento com a instituição.
21	**Centralização da responsabilidade pelo cuidado** Existe um membro da sua rede que fica responsável pela maior parte dos cuidados? ( ) Sim ( ) Não	Fazer a pergunta lendo conforme o texto, e marcar a resposta.

ANEXO A – APROVAÇÃO DO ESTUDO NO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM REDE SOCIAL DE APOIO INEFICAZ

Pesquisador: MICHELLINE SANTOS DE FRANÇA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69965517.3.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.199.768

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de tese de Micheline Santos de França, sob a orientação da Profa. Dra. Cleide Maria Pontes e co-orientação da Profa. Dra. Francisca Márcia P. Linhares, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Estudo metodológico, que será realizado em três etapas, a saber: desenvolvimento de teoria de médio alcance; validação dos fatores etiológicos e indicadores clínicos; e validação clínica do diagnóstico de enfermagem "Rede Social de Apoio Ineficaz". A primeira etapa do estudo consistirá em revisão integrativa da literatura. Por sua vez, a segunda etapa será realizada, por email, com a participação de juízes especialistas e, na terceira etapa participarão mulheres que vivenciam o processo de amamentação e será realizada em unidades de saúde da família do Distrito Sanitário IV na cidade do Recife. Para a coleta dos dados será utilizado questionário e entrevista. A análise dos dados será realizada com auxílio de softwares estatísticos.

Objetivo da Pesquisa:

Geral

Validar o diagnóstico Rede social de apoio ineficaz direcionado pela teoria de médio alcance permeada pela Teoria de Rede Social

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

Específicos

- Estabelecer uma estrutura teórica constituída pela definição, fatores etiológicos e indicadores clínicos da Rede social de apoio ineficaz
- Construir os conceitos e as definições operacionais dos fatores etiológicos e indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz
- Estabelecer as relações de causalidade entre os fatores etiológicos da Rede social de apoio ineficaz
- Analisar com os juízes a pertinência das definições conceituais e operacionais dos fatores etiológicos e indicadores clínicos da rede social de apoio ineficaz
- Verificar a validade clínica de indicadores clínicos para a identificação do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz em mulheres que vivenciam a amamentação
- Avaliar a acurácia diagnóstica dos indicadores clínicos da Rede social de apoio ineficaz em mulheres/nutrizes
- Identificar a prevalência estimada do diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz em mulheres/nutrizes
- Validar os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem Rede social de apoio ineficaz com o estabelecimento de uma relação hierárquica entre eles

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram analisados e considerados adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta problemática relevante. Os objetivos se encontram definidos. O método está apropriado. Descreve uma amostra com 22 juízes especialistas e 278 mulheres que vivenciam o processo de amamentação. Define os critérios de inclusão e exclusão. O orçamento foi estimado em R$7.333,56, sob a responsabilidade da pesquisadora. O cronograma está adequado. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para juízes, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as mulheres maiores de 18 anos, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pais/ responsáveis e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido foram redigidos de maneira clara e compreensível aos participantes, descrevem os procedimentos, os riscos e os benefícios da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos foram anexados de acordo com as orientações do Comitê de Ética e Pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugere-se a aprovação do protocolo.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio da Notificação com o Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética, relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_942294.pdf	19/06/2017 18:35:09		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.docx	19/06/2017 18:32:47	MICHELLINE SANTOS DE FRANÇA	Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEjuizes.docx	19/06/2017 18:32:27	MICHELLINE SANTOS DE FRANÇA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEparticipantes.docx	19/06/2017 18:32:07	MICHELLINE SANTOS DE FRANÇA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEresponsavel.docx	19/06/2017 18:31:49	MICHELLINE SANTOS DE FRANÇA	Aceito
Outros	confidencialidade.pdf	19/06/2017 18:31:28	MICHELLINE SANTOS DE FRANÇA	Aceito
Outros	desmatricula.pdf	19/06/2017 18:30:07	MICHELLINE SANTOS DE FRANÇA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhado.docx	19/06/2017 18:28:33	MICHELLINE SANTOS DE FRANÇA	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	13/06/2017 20:37:35	MICHELLINE SANTOS DE FRANÇA	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	13/06/2017 20:35:59	MICHELLINE SANTOS DE FRANÇA	Aceito
Outros	anuencia.pdf	13/06/2017 20:33:43	MICHELLINE SANTOS DE FRANÇA	Aceito
Outros	CurriculoCleideMariaPontes.pdf	13/06/2017 20:33:16	MICHELLINE SANTOS DE FRANÇA	Aceito
Outros	CurriculoFranciscaMarciaPereiraLinhares.pdf	13/06/2017 20:32:29	MICHELLINE SANTOS DE FRANÇA	Aceito
Outros	CurriculoMichellineSantosdeFranca.pdf	13/06/2017 20:30:43	MICHELLINE SANTOS DE FRANÇA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	13/06/2017 20:25:58	MICHELLINE SANTOS DE FRANÇA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

RECIFE, 03 de Agosto de 2017

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

ANEXO B – ANUÊNCIA DA PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE

PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Michelline Santos de França,** pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem / Doutorado da Universidade Federal de Pernambuco, a desenvolver pesquisa no Distrito Sanitário IV, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **"Validação do diagnóstico de enfermagem rede social de apoio ineficaz"**, sendo orientada por Cleide Maria Pontes.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 12 de maio de 2017.

Atenciosamente,

Valderez Ribeiro
Gestora da Gerência de Formação e Educação na Saúde

Valderez Ribeiro de Andrade
Gestor de Unidade de Gerência de
Educação na Saúde
Matrícula [illegible]

Rua Alfredo de Medeiros, 71, Espinheiro – CEP 52.021-030 – Recife – Pernambuco
fone: (81) 3355-1707 – CNPJ: 10.565.000/0001-92